



**Facultad de Psicología**

**Departamento de Psicología Biológica y de la Salud**

**CONTROL VERBAL AVERSIVO  
EN TERAPIA PSICOLÓGICA:  
UNA PERSPECTIVA FUNCIONAL**

**TESIS DOCTORAL**

**Autoría: Nerea Caru Galván Domínguez**

**Dirección: Dra. María Xesús Froxán Parga**

**Madrid, noviembre 2018**

*A mis familias.*

*La escogida.*

*La de sangre.*

*La académica.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Alguien me dijo una vez que sólo existen dos clases de historias. Las historias en las que el héroe realiza un viaje y las historias en las que un extraño aparece en la ciudad. También me dijo que, en realidad, se trata siempre de la misma historia. Que sólo cambia el punto de vista. ¿Eres el héroe que emprende una aventura para regresar siendo alguien diferente? ¿O eres el lugar al que llega un extraño para cambiar las cosas y transformarlo en un lugar distinto? La clave en todas las historias, lo que las hace historias, es el cambio.

Esta tesis es el epílogo de una historia en la que ha habido mucho, mucho, mucho cambio. Y uno estaría tentado de escribirla desde el punto de vista del héroe que inicia un viaje y se enfrenta a toda clase de pruebas, desafíos y papeleos absurdos durante años para, en un emocionante clímax, mostrar su valía y ser considerado digno del Título de Doctor por los Sabios Ancianos de la Academia. Y volver victorioso a la casa de su madre convertido en alguien nuevo. E ir a que le sellen la cartilla del paro convertido en alguien más sabio. Y buscar trabajo fuera de España convertido en alguien más viejo, más cansado y más harto de todo.

Pero escribir una tesis ya tiene mucho de onanismo literario y lo cierto es que este trabajo no hubiera sido posible, en absoluto, sin toda la serie de propios y extraños que han ido apareciendo a lo largo de estos años, cada uno de ellos aportando algo imprescindible para llegar hasta donde estoy ahora.

Empezando por mi madre, Pilar, cuya influencia se extiende mucho más allá de esta tesis y alcanza a todo lo que soy y todo lo que he hecho en mi vida. Su apoyo incondicional, su ejemplo y su particular forma de ser y de criarme han hecho de mí la

persona que soy ahora. Puede que algunos alberguen ciertas dudas acerca de si eso es bueno o malo. Poco importa lo que opinen.

A mi padre, Poli, tengo que agradecerle al apoyo constante a lo largo de todos estos años. Y, muy especialmente, el haber despertado en mí la curiosidad y el interés por las cosas y el mundo, por saber más e investigar acerca de todo.

María Xesús me ha aportado tanto en estos años que no sé ni por dónde empezar. No sólo me abrió los ojos a otra forma de hacer las cosas en psicología, una que por fin tenía sentido y podía responder a mis preguntas sin irse por las ramas, caer en la reificación y la tautología o directamente recurrir al absurdo, también supo ver en mí más allá de los tatuajes, los pelos de colores y la falta general de interés por parecer una persona respetable. La lealtad y defensa feroz de sus principios, su cultura del trabajo y el esfuerzo y su ética como investigadora serán siempre un ejemplo a seguir para mí, tanto dentro del mundo académico como fuera de él.

Mención especial merecen los *froxanitos*, que han pasado de ser compañeros de trabajo a convertirse en buenos amigos y en un apoyo imprescindible para pasar el doctorado, el nihilismo, la angustia vital, el heteropatriarcado y el capital. Ris, porque si no fuera por él hubiera dejado la tesis a medias. Literalmente. Y porque me abrió los ojos al mundo de la cerveza artesana, Amanda Palmer, NIN y la posibilidad de ser al mismo tiempo una señora con pamea y un hípster de Malasaña. Jesús, porque haciendo honor a su nombre, llegó para salvarme en el momento más complicado de la tesis. Jamás podré agradecerle lo suficiente todo el trabajo y esfuerzo desinteresado que ha puesto en ella. Y por sus historias vitales, absolutamente inesperadas y maravillosamente relatadas. Trunkel, por sus aportaciones sobre filosofía del lenguaje, que le han dado un soporte teórico fundamental a esta tesis. Y por todo lo que me ha hecho plantearme, cuestionarme

y aprender de sus reflexiones alrededor de unas cervezas. Y Guille, *froxanito* honorífico, por todos los buenos ratos y mejores conversaciones.

También tengo mucho que agradecer a Carlos, por ser mi compañero en prácticamente todo este viaje, por su apoyo en cada paso del camino y por todo lo que hemos vivido y compartido a lo largo de estos años (incluyo especialmente todas las pizzas). A Leni, por andar el camino de El Doctorado y La Academia delante de mí, por servirme de guía y por saber escuchar. Y al resto del grupo, a Mel, Aída, Yolanda, Aiala y Rubén, por todos los buenos momentos, por seguir haciendo por vernos después de todos estos años y por seguir aceptando disfrazaros conmigo en Halloween. Tampoco puedo dejar de incluir a María (Huesos), que ha demostrado ser una de esas amigas que, no importa el tiempo o la distancia, siguen siendo buenas amigas. Y a Patri, por estar siempre ahí.

Es obligado dar las gracias a toda mi gente de Chile, que ayudó a convertir algo que temía en una de las experiencias más bacanes de mi vida. Nelson, que me dio la oportunidad de viajar a un país que me cambiaría, literalmente, la vida y por su aportación de valor incalculable a esta tesis. A Javi y a Ari, que me abrieron las puertas de su casa y de su vida sin apenas conocerme. Y a Jochem, porque sin ella jamás hubiera pensado en Chile como una opción para hacer mi estancia de investigación. Gracias, weones.

Tampoco puedo olvidar a toda la gente del grupo de investigación que, en alguna medida y de una u otra forma, ha contribuido a que esta tesis fuera posible: Elena, Ana, Rebeca, Darío, Carlos, Alejandra, Sara, Carolina, Víctor y Alejandro.

Y Angela que, más que nadie, ha sido el extraño que aparece en la ciudad.

# **ÍNDICE**

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>

## **PARTE I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA**

<b>CAPÍTULO I. BASES CONCEPTUALES: LENGUAJE, CONDUCTA VERBAL Y CONTROL AVERSIVO.....</b>	<b>7</b>
------------------------------------------------------------------------------------------	----------

1. LENGUAJE Y CONDUCTA VERBAL: CONCEPTOS Y BASES TEÓRICAS..... 7
2. CONTROL AVERSIVO DE LA CONDUCTA: CONCEPTUALIZACIÓN E INVESTIGACIÓN..... 22

<b>CAPÍTULO II. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA INTERACCIÓN VERBAL EN TERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA FUNCIONAL.....</b>	<b>31</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. SISC-INTER-CVT, PRIMER ACERCAMIENTO AL ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN VERBAL EN SESIÓN.....32
2. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA: CATEGORÍAS ENTERAMENTE FUNCIONALES.....41
3. CAMBIOS EN LA EXPLICACIÓN DE LO QUE SUCEDE EN TERAPIA: INCORPORACIÓN DE LOS PROCESOS PAVLOVIANOS.....48

<b>CAPÍTULO III. CONTROL AVERSIVO DE LA CONDUCTA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>59</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. TÉCNICAS AVERSIVAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: USO, CONTROVERSIA E INVESTIGACIÓN..... 59
2. DEL ESTUDIO DEL CASTIGO VERBAL AL ESTUDIO DEL CONTROL VERBAL AVERSIVO..... 64
3. ESTUDIO DEL CONTROL VERBAL AVERSIVO: FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS..... 67

## PARTE II. ESTUDIOS EMPÍRICOS

### **CAPÍTULO IV. ESTUDIO EMPÍRICO I. Desarrollo y aplicación de un sistema de categorización del control verbal aversivo: análisis descriptivo de los resultados... 83**

1. INTRODUCCIÓN.....	83
2. MÉTODO.....	86
2.1 Participantes.....	86
2.2 Variables e Instrumentos.....	87
2.3 Procedimiento.....	88
3. RESULTADOS.....	91
3.1 Sistema de Categorización Control Verbal Aversivo en Terapia.....	91
3.2 Análisis descriptivo de los datos.....	96
3.3 Análisis de la evolución de las categorías a lo largo de la terapia.....	98
4. DISCUSIÓN.....	107

### **CAPÍTULO V. ESTUDIO EMPÍRICO II. Análisis de la interacción durante la aplicación del control verbal aversivo..... 117**

1. INTRODUCCIÓN.....	117
2. MÉTODO.....	120
2.1 Participantes.....	120
2.2 Variables e Instrumentos.....	121
2.3 Procedimiento.....	122
3. RESULTADOS.....	123
4. DISCUSIÓN.....	130

### **CAPÍTULO VI. ESTUDIO EMPÍRICO III. Comparación del control verbal aversivo entre dos modelos de terapia..... 137**

1. INTRODUCCIÓN.....	137
2. MÉTODO.....	145
2.1 Participantes.....	145
2.2 Variables e Instrumentos.....	146
2.3 Procedimiento.....	147
3. RESULTADOS.....	147
3.1 Estadísticos descriptivos y contrastes de medias (hipótesis 1 y 2)....	147
3.2 Análisis secuencial (hipótesis 3).....	152
4. DISCUSIÓN.....	158

<b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES FINALES.....</b>	<b>167</b>
1. EL CONTROL VERBAL AVERSIVO EN TERAPIA.....	167
1.1 La definición del control verbal aversivo.....	169
1.2 El uso del control verbal aversivo en terapia.....	170
2. LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS.....	174
2.1 Consideraciones generales.....	174
2.2 Estudio empírico I.....	174
2.3 Estudio empírico II.....	176
2.4 Estudio empírico III.....	176
3. PERSPECTIVAS FUTURAS .....	177
4. CONCLUSIÓN GENERAL.....	179

### **PARTE III. REFERENCIAS Y ANEXOS**

<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO A. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DEL CONTROL VERBAL AVERSIVO EN TERAPIA (COVAT) .....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXO B. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>219</b>



# RESUMEN

Los métodos aversivos de control de la conducta son objeto de controversia desde hace décadas, en el centro de un debate en el que los argumentos utilizados se basan muy a menudo en mitos, prejuicios y opiniones, más que en datos y evidencia empírica. Desde sus inicios, uno de los principales objetivos de la investigación que se recoge en esta tesis ha sido el de contribuir al estudio del control aversivo de la conducta desde una base teórica sólida y a través de una metodología rigurosa y con suficientes garantías científicas. Dentro de las posibilidades que ofrece el estudio de las técnicas de control aversivo de la conducta, decidimos centrarnos en el control *verbal* aversivo, no sólo porque probablemente es la técnica de control aversivo más frecuentemente utilizada, sino también porque consideramos que la interacción verbal terapeuta-cliente es el catalizador de los procesos de aprendizaje que explican el cambio clínico.

La presente tesis doctoral se compone de tres estudios empíricos, en los que se investiga el control verbal aversivo a través de una metodología observacional. En el primer estudio desarrollamos el Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT) y lo utilizamos para el análisis de un total de 58 sesiones de terapia completas, pertenecientes a 4 casos de diferentes problemas psicológicos. En el segundo estudio se utilizó esa misma muestra para analizar la interacción verbal entre terapeutas y clientes durante la aplicación del control verbal aversivo y determinar cuáles son las secuencias verbales más comunes cuando se utiliza esta herramienta. Finalmente, en el tercer estudio se llevó a cabo una comparación entre dos modelos de intervención diferentes, en cuanto al uso que se hace del control verbal aversivo en cada uno de ellos.

Los resultados mostraron que los terapeutas hacen un uso frecuente del control verbal aversivo en terapia, complementando el uso de estímulos verbales aversivos con

## Resumen

fragmentos dedicados proporcionar información y motivar al cliente para el cambio de conducta. Así mismo, encontramos que hay diferencias significativas entre los terapeutas de distintos modelos de intervención en la forma de aplicar el control verbal aversivo y que dichas diferencias son congruentes con la distinta forma en la que cada modelo conceptualiza los problemas psicológicos, su explicación y la forma de resolverlos.

# **ABSTRACT**

## **AVERSIVE VERBAL CONTROL IN PSYCHOLOGICAL THERAPY:**

### **A FUNCTIONAL PERSPECTIVE**

Aversive methods of behavior control have been the subject of controversy for decades, at the center of an intense debate in which the arguments are often based on myths, prejudices and opinions, rather than on data and empirical evidence. Since its inception, one of the main goals of this thesis' research has been to contribute to the study of aversive control of behavior from a solid theoretical base and through a rigorous methodology with scientific guarantees. Within the possibilities offered by the study of aversive behavior-control techniques, we decided to focus on aversive verbal control—not only because it is probably the most frequently used aversive control technique—but also because we consider that therapist-client verbal interaction is the catalyst for the learning processes that lead to clinical change.

This doctoral thesis is composed of three empirical studies, investigating aversive verbal control through an observational methodology. In the first study we developed the Categorization System of Verbal Aversive Control in Therapy (Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia, COVAT) and we used it to analyze 58 complete therapy sessions, from 4 cases with different psychological problems. In the second study, the same sample was used to analyze the verbal interaction between therapists and clients during the application of aversive verbal control and to determine which are the most common verbal sequences when using this tool. Finally, in the third study, a comparison was made between two different intervention models, in terms of utilization of aversive verbal control in each method.

## Abstract

The results show that therapists make frequent use of aversive verbal control in therapy, complementing the use of aversive verbal stimuli with blocs of speech dedicated to providing information and motivating the client to change behavior. Likewise, we found significant differences in the application of aversive verbal control between therapists using the two intervention models compared, and that these variations are congruent with the heterogeneous ways each model conceptualizes psychological problems: their explanations and their solutions.

**PARTE I**

**INTRODUCCIÓN TEÓRICA**

# **CAPÍTULO I**

## ***BASES CONCEPTUALES: LENGUAJE, CONDUCTA VERBAL Y CONTROL AVERSIVO***

El propósito de este capítulo es exponer las bases conceptuales sobre las que se asienta la presente investigación, centrada en el estudio del control verbal aversivo de la conducta en contextos terapéuticos. Por una parte, se tratará el lenguaje y la conducta verbal, exponiendo los principales conceptos y desarrollos teóricos que conforman la perspectiva asumida en esta tesis. Por otra parte, se abordará el control aversivo de la conducta, su definición, los principales resultados que la investigación básica ha hecho acerca del tema y los problemas y dificultades que han caracterizado a la investigación en este ámbito.

### **1. LENGUAJE Y CONDUCTA VERBAL: CONCEPTOS Y BASES TEÓRICAS**

El lenguaje es una de las conductas más complejas y sofisticadas del ser humano, si no la que más. Su estudio abarca numerosas facetas, desde su aprendizaje o desarrollo hasta su estructura, pasando por su carácter simbólico, sus bases biológicas o su relación con la cultura, entre otras muchas. Así mismo, el estudio del lenguaje se ha abordado desde multitud de disciplinas -lingüística, filosofía, neurología, antropología, sociología, psicología...- dentro de las cuáles han surgido a su vez distintas posturas y propuestas teóricas. La enorme complejidad del lenguaje y sus fenómenos asociados ha convertido este campo de estudio en terreno abonado para la polémica, no sólo entre distintas

disciplinas sino también dentro de ellas. Probablemente la más célebre e influyente de esas polémicas es la surgida entre Skinner y Chomsky, a raíz de la publicación en 1959 de la extensa y cruda crítica que éste último hizo al libro *Verbal Behaviour* (Skinner, 1957). La postura sobre el lenguaje asumida en este trabajo deriva en buena parte de las ideas propuestas en dicha obra y, si bien no vamos a detenernos a indagar a fondo en la polémica entre ambos autores, sí vamos a valernos de ella para señalar algunos aspectos importantes sobre el estudio del lenguaje y nuestro posicionamiento al respecto.

La crítica de Chomsky dio pie al surgimiento de decenas de publicaciones a lo largo de los años, mayoritariamente a su favor, pero también en contra. De estas últimas queremos destacar la réplica publicada en 1970 por MacCorquodale, en la que hace un análisis sistemático de los argumentos de Chomsky, poniendo en evidencia su superficialidad y criticando su tono excesivamente duro e intransigente. La réplica es sumamente interesante y animamos al lector interesado a revisarla, por nuestra parte destacaremos la acertada descripción que el autor hace del libro de Skinner:

*“Verbal Behavior* de Skinner es un análisis del lenguaje en términos de sus «relaciones de control» que incluyen el estado motivacional normal del hablante, sus circunstancias de estímulo habituales, sus reforzamientos pasados y su constitución genética. Skinner ha aceptado los límites de la ciencia natural en su planteamiento analítico básico, en el que todos sus términos son empíricamente definibles. Intenta explicar únicamente las dimensiones objetivas del comportamiento verbal y solamente invoca, para explicarlas, entidades objetivas, no mentalistas y no-hipotéticas.” (MacCorquodale, 1970, p.83)

Al igual que la de Skinner, nuestra postura sobre el lenguaje se basa en las dimensiones objetivas del comportamiento verbal, desechando cualquier variable o explicación de tipo mentalista. Igualmente, entendemos el control verbal como “causalidad” en un sentido funcional, sin entrar en disquisiciones de tipo moral o político. Nuestro posicionamiento sobre el lenguaje va más allá de las propuestas de Skinner e incluye aspectos no contemplados por el autor en su obra, pero sin duda alguna se cimienta en ellas. Así, defendemos una explicación del lenguaje basada en procesos de condicionamiento clásico y operante, procesos con un sólido respaldo experimental capaces de dar cuenta de su adquisición, desarrollo y utilización. Las explicaciones estrictamente conductuales sobre el lenguaje, basadas en relaciones de contingencia entre estímulos, respuestas y consecuencias, han sido sistemáticamente denostadas por un buen número de teóricos e investigadores, siendo la crítica principal su supuesto reduccionismo e incapacidad para dar cuenta de un fenómeno tan complejo haciendo referencia únicamente a procesos de condicionamiento. A lo largo de este trabajo expondremos los argumentos que nos llevan a afirmar que esto no es así, puesto que la aparente simplicidad de la tan denostada triple contingencia puede dar lugar a conductas extremadamente complejas y variadas, al igual que con sólo siete notas se pueden componer sinfonías de la máxima complejidad (Froján, Núñez de Prado y de Pascual, 2017).

La insistencia en explicar el lenguaje sin hacer referencia a variables cognitivas o constructos abstractos, del tipo “competencia” (Chomsky 1959), “gramática universal” (Lees, 1957) o “prototipo” (Rosch, Mervis, Gray, Johnson y Boyes-Braem, 1976), no es producto de un empecinamiento teórico que nos lleve a rechazar este tipo de conceptos de entrada. Muy al contrario, surge de un análisis profundo de lo que términos como los señalados aportan a la explicación científica del lenguaje. Los constructos cognitivos y las teorías construidas sobre ellos resultan atractivos porque generan la ilusión de estar



explicando fenómenos de enorme complejidad de una forma generalmente sencilla y fácil de comprender (aunque en ocasiones pueden llegar a añadir aún más complejidad al asunto). Sin embargo, cuando tratamos de someter dichos constructos y teorías a un análisis empírico, nos encontramos con que simplemente no podemos hacerlo. No al menos de forma directa. La existencia de las entidades cognitivas sólo se puede “demostrar” a través del estudio de las conductas observables de las que supuestamente son causa, un ejemplo claro de explicación circular o tautológica, que no sólo no lleva a ningún sitio, sino que además implica la existencia de una "segunda sustancia" con poderes causales sobre el comportamiento: lo mental. Esta distinción cualitativa entre procesos físicos y mentales no sólo es injustificada y se opone a una sólida base filosófica para el análisis científico de problemas psicológicos, sino que también es innecesaria. Si nuestra única evidencia sobre la existencia de los procesos cognitivos es precisamente el cambio en la conducta observable, cabe preguntarse dónde está la virtud explicativa de los conceptos cognitivos.

Las abstracciones mentalistas pueden resultar útiles para *explicar racionalmente* ciertos fenómenos y conductas, pero no nos sirven para *explicar científicamente* dichos fenómenos y conductas (para una evaluación en profundidad de las implicaciones de esta distinción entre ámbitos explicativos, véase Sellars, 1956). Esta distinción, entre explicaciones racionales y explicaciones científicas, supone uno de los pilares epistemológicos de nuestra perspectiva sobre el lenguaje y sobre la conducta en general, por lo que consideramos indispensable dedicar algo de espacio a profundizar en ella. El origen de la distinción entre explicaciones racionales y científicas puede situarse en la Filosofía Analítica. Resulta complicado definir con exactitud en qué consiste esta corriente filosófica, puesto que no es tanto una doctrina específica como un conjunto de aproximaciones a ciertos problemas que tienen algunos puntos en común (Stroll, 2002).

Su origen puede situarse en los primeros años del siglo XX, a partir de los trabajos de filósofos como Bertrand Russell, Ludwig Wittgenstein o los positivistas lógicos del Círculo de Viena, entre otros. La Filosofía Analítica se ocupa de llevar a cabo un análisis lógico-conceptual de nuestros conceptos de lenguaje, conocimiento, existencia... y se caracteriza por su afinidad con la investigación científica.

Los autores de esta corriente prestaron especial atención al problema mente/cuerpo y sus implicaciones, abordándolo de distintas formas (e.g., Churchland, 1981; Dennett, 1978; Noë, 2001; Noë y Noë, 2004; Ryle, 1949; Wittgenstein, 1953). Pusieron en cuestión la validez de las explicaciones de corte dualista, representadas por Descartes y su célebre distinción entre la *res cogitans* (lo mental) y la *res extensa* (lo corpóreo) (Pérez, 2011; de Pinedo, 2014; Ryle, 1949). Con el desarrollo del método científico y los postulados del positivismo lógico, el Principio de Parsimonia -también conocido como la “Navaja de Ockham”- se convierte en una de las bases de la ciencia moderna, estableciendo que, en caso de conflicto entre dos modelos teóricos capaces de explicar un fenómeno, tendrá más probabilidades de ser cierto aquel que sea más simple. En lo que aquí respecta, y de acuerdo con lo que hemos estado defendiendo, según el Principio de Parsimonia tendrán más probabilidades de ser ciertas aquellas explicaciones del lenguaje (y de la conducta) que no tengan que recurrir en su explicación a otro plano ontológico distinto del material. El monismo, la equiparación de lo mental a lo corporal, se propone entonces como modelo explicativo alternativo al dualismo tradicional. Ahora bien, el monismo se entendió de maneras diversas y dio lugar a diferentes formas de abordar el problema mente/cuerpo (e.g., Churchland, 1981; Dennett, 1978; Noë, 2001; Noë y Noë, 2004; Pérez, 2011; Ryle, 1949; Skinner, 1957, 1974; Varela y Thompson, 2003; Watson, 1913, 1920; Wittgenstein, 1953). De ellas, destacaremos tres por su

especial relación con algunas de las concepciones más populares dentro de Psicología actual:

- ***Eliminativismo*** (fisicalismo reduccionista): esta clase de monismo se deriva en gran medida de la idea, defendida desde el positivismo lógico, de que es posible alcanzar un lenguaje puramente lógico (i.e. *reducible* a la lógica proposicional) con el que poder referirnos a cualquier fenómeno de una forma verdaderamente científica, sin hacer uso de discursos de corte pseudocientífico ni mentalistas (e.g., Churchland, 1981; Skinner, 1957, 1974; Watson, 1913, 1920).

En este sentido, y si nos centramos en la explicación de la conducta, se pueden distinguir dos tipos de eliminativismo:

- ***Eliminativismo conductista***: afirma que cualquier explicación de tipo mentalista puede ser sustituida por otra basada en las leyes de la conducta (procesos de condicionamiento clásico y operante, operaciones motivadoras, reglas...). Los fenómenos mentales son considerados simplemente como conductas encubiertas, explicables con base en los mismos procesos de aprendizaje que las conductas manifiestas (Freixa, 2003; Skinner, 1957, 1974; Watson, 1913, 1920).

- ***Eliminativismo cognitivista***: considera que las explicaciones mentalistas pueden sustituirse por otras basadas en procesos de tipo neurofisiológico (patrones de activación cerebral, niveles de neurotransmisores y hormonas, expresión de genes...). Así, los fenómenos mentales no son otra cosa que la expresión de una determinada configuración del sistema nervioso (Churchland, 1981).

- ***Emergentismo*** (fisicalismo no reduccionista): este tipo de monismo surge de un concepto propio de la Teoría de Sistemas: el concepto de “emergencia” (von Bertalanffy, 1950). Una forma sencilla de definir en qué consiste la emergencia es el dicho de que “el

todo es más que la suma de las partes”. De acuerdo con el emergentismo, los fenómenos mentales no se reducen únicamente a procesos de aprendizaje o neurofisiológicos, sino que “emergen” de ellos, dando lugar a algo cualitativamente distinto que reorganiza y condiciona la forma de interaccionar de esos procesos (Noë, 2001; Noë y Noë, 2004; Varela y Thompson, 2003).

El eliminativismo en sus dos formas y el emergentismo constituyen tres formas de abordaje monista del problema mente/cuerpo que han tenido un impacto extraordinario en la Psicología. Sin embargo, tal y como defienden autores como Wittgenstein (1953), Ryle (1949) o Sellars (1956), estas posturas presentan dos problemas importantes:

- Son *descriptivistas*, es decir, parten de la consideración de que la función esencial del lenguaje es describir los objetos del mundo y las relaciones que se establecen entre ellos (McDowell, 1996; de Pinedo, 2014; Ryle, 1949; Sellars, 1956; Stout, 2006; Wittgenstein, 1953). Wittgenstein (1953) rechaza esta postura y considera que el lenguaje consiste en un complejo entramado de *juegos lingüísticos* (i.e. normas socialmente establecidas sobre los usos correctos e incorrectos del lenguaje) a los que jugamos con una gran variedad de propósitos que van más allá de la descripción (obtener algo, advertir sobre algo, dar un consejo, juzgar algo...)

- Son *factualistas*, lo que tiene que ver directamente con lo anterior, puesto que al considerar que la función principal del lenguaje es la de describir objetos del mundo, dotan de un estatus de realidad fáctica a todas aquellas cosas que el lenguaje puede referir (McDowell, 1996; de Pinedo, 2014; Ryle, 1949; Sellars, 1956; Stout, 2006; Wittgenstein, 1953). De esta manera cosas como los “esquemas mentales”, el “neuroticismo” o la “competencia lingüística” pasan a considerarse entidades con una existencia propia y poder causal sobre conducta manifiesta. Frente a esta concepción factualista del lenguaje, Ryle (1949) afirma que los términos mentalistas no describen realidades del mundo, no

se refieren a nada real, sino que simplemente sustituyen al conjunto de enunciados que explican la conducta. En este punto cabe hacer una distinción importante entre verbalizaciones encubiertas (“pensamientos”) y términos mentalistas o constructos cognitivos. Las verbalizaciones encubiertas tienen exactamente las mismas características que las verbalizaciones manifiestas y una sola diferencia: sólo son accesibles de forma directa para el sujeto que las produce. Por lo demás, las verbalizaciones encubiertas son conductas y pueden ser explicadas científicamente de la misma manera que cualquier otra conducta, encubierta o manifiesta (Freixa, 2003). Por su parte, los términos mentalistas y los constructos cognitivos no pueden ser explicados científicamente porque no hacen referencia a entidades fácticas y, por tanto, escapan al análisis científico.

Así pues, los términos mentalistas y cognitivos son una forma de economía lingüística, pero su papel no se reduce a ahorrarnos tiempo y saliva. Este tipo de nociones son las que nos permiten explicar el comportamiento *racionalmente*, es decir, son las que nos permiten entender las razones por las cuales las personas hacen las cosas que hacen, en contraposición con las explicaciones *científicas* del comportamiento, que nos permiten establecer las relaciones de causalidad entre variables que explican por qué las personas hacen las cosas que hacen. En este sentido, Sellars (1956) habla de explicaciones *nomológicas* del comportamiento (las explicaciones científicas que describen relaciones causales) frente a las explicaciones *normativas* del comportamiento (las justificaciones racionales de la conducta). Mientras que las primeras definen el *espacio lógico de las leyes*, las segundas definen el *espacio lógico de las razones*. Ambos tipos de explicaciones son válidas para dar cuenta de la conducta, el problema surge cuando, de forma más o menos intencionada, se ignoran los límites entre ambas y se dota de estatus de explicación científica (nomológica) a una explicación racional (normativa).

Volviendo al tema que con el que comenzábamos, la conducta verbal, nuestra postura al respecto aspira a ser lo más científica posible en el sentido que acabamos de exponer. De esta manera, nuestra perspectiva sobre la conducta verbal puede definirse como conductista, anti-descriptivista y anti-factualista. Además de por su aspiración a la rigurosidad científica, nuestro abordaje del lenguaje se caracteriza y se diferencia de otros porque integra en su explicación procesos de condicionamiento pavloviano y procesos de condicionamiento operante, en lugar de apelar únicamente uno de los dos tipos de aprendizaje. Y es que consideramos que ninguna explicación del lenguaje puede dar cuenta de éste de forma satisfactoria si no incluye tanto variables operantes como pavlovianas.

Tal y como comentábamos, una de las aproximaciones conductuales al lenguaje más célebres y discutidas fue la llevada a cabo por Skinner en *Conducta Verbal* (1957). La propuesta de Skinner levantó una polvareda de críticas y fue prácticamente olvidada durante los años de dominio de las posturas cognitivistas en psicología. Sin embargo, con el surgimiento de las llamadas terapias “de tercera generación” o “contextuales” y su apuesta por la recuperación de los fundamentos del conductismo radical, la propuesta de Skinner experimentó un resurgimiento. *Conducta Verbal* (Skinner, 1957) sirvió de base para el desarrollo de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995) y de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes y Wilson, 1994), especialmente en cuanto a la distinción entre la *conducta gobernada por reglas* y la *conducta moldeada por contingencias* y en cuanto a la idea de que la verbalización de emociones o pensamientos no debe utilizarse como medio para explorar un supuesto “mundo interior” sino que, por el contrario, tales verbalizaciones son conductas relevantes en sí mismas y hay que estudiarlas especificando las condiciones que las posibilitan y las funciones que tienen. En este sentido, junto con la propuesta de Skinner,

los autores de la tercera generación también recuperaron los trabajos sobre relaciones de equivalencia y los estudios experimentales sobre procedimientos de igualación a la muestra de Sidman (Sidman, 1971; Sidman y Tailby, 1982), como punto de partida para llevar a cabo una caracterización en términos operantes de constructos cognitivos como las creencias, los esquemas mentales o las expectativas (Dougher, 1998). Dicha explicación operante acabaría derivando en la “Teoría del Marco Relacional” (RFT, Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), una teoría compleja y polémica que ha sido objeto de fuertes críticas (Tonneau, 2001; 2002), con las que coincidimos en gran medida. Los autores de las terapias de tercera generación desarrollaron su trabajo sobre el control verbal de la conducta en el terreno del tratamiento psicológico, redefiniendo la terapia como un proceso dialéctico (Luciano, 1999) que permitiría que ciertas conductas del cliente fueran seleccionadas por las contingencias generadas por el propio terapeuta en sesión (Fernández y Ferro, 2006). Pero el control verbal de la conducta se da en todos los contextos en los que se produce una interacción verbal, lo que de hecho resulta congruente con la idea defendida desde la PAF de que la terapia no se diferencia en nada de cualquier otro contexto de la vida cotidiana del cliente. En este sentido, si bien nuestra postura coincide en buena parte con la defendida desde la tercera generación, en especial en lo relativo a la recuperación de los fundamentos del conductismo radical, el énfasis en el estudio del lenguaje y la consideración de interacción terapeuta-cliente como un proceso de moldeamiento encaminado a la consecución de los objetivos terapéuticos, nosotros defendemos un análisis del lenguaje que incorpora los procesos pavlovianos junto con los operantes. Consideramos que la combinación de ambos tipos de aprendizaje puede dar mejor cuenta del lenguaje y, quizá, sustituir satisfactoriamente los fundamentos conceptuales más endebles de las terapias contextuales (Froján et al., 2017).

Skinner se refería al control verbal de la conducta como “conducta gobernada por reglas”, en contraposición a la “conducta directamente modelada por contingencias” (Skinner, 1969). Una regla es la descripción verbal de una contingencia conductual (Malott, Malott y Trojan, 2000; Skinner 1969), idealmente en la forma de un condicional del tipo “si haces tal cosa, ocurrirá esta otra”, aunque la contingencia no tiene por qué ser tan explícita para considerarse una regla (por ejemplo, una advertencia del tipo “ten cuidado” también se puede considerar una regla). Las reglas pueden funcionar como estímulos discriminativos, señalando la disponibilidad de cierta consecuencia, apetitiva o aversiva, asociada a la emisión de una determinada conducta (Catania, Shimoff, y Matthews, 1989; Malott et al., 2000; Skinner 1969, Zettle y Hayes, 1982). De esta manera, las reglas pueden influir en nuestro comportamiento independientemente de las contingencias reales que estén operando e, incluso, en ausencia de ellas. Esto tiene una implicación capital: la *descripción verbal* de una contingencia conductual (manifiesta o encubierta) puede tener el mismo efecto sobre nuestra conducta que la propia contingencia conductual descrita (Alcaraz, 1990; Mowrer, 1954; Ribes, 1990; Stemmer, 1973; Tonneau, 2001; 2002; 2004; Tonneau, Abreu y Cabrera, 2004; Tonneau y González, 2004). Esa equivalencia entre las descripciones verbales de las cosas y las realidades a las que hacen referencia constituye la “función simbólica” del lenguaje y su importancia radica en que nos permite interactuar con eventos desplazados espacio-temporalmente y con realidades con las que jamás hemos tenido contacto (Alcaraz, 1990; Froján et al., 2017; Mowrer, 1954; Ribes, 1990; Tonneau, 2001; 2002; 2004; Tonneau, et al., 2004; Tonneau y González, 2004). La función simbólica del lenguaje es la clave para entender cómo éste puede influir en nuestra conducta y sólo puede explicarse satisfactoriamente apelando a procesos de condicionamiento clásico. De hecho, existe un paralelismo evidente entre nuestra capacidad para reaccionar al estímulo condicionado de



forma similar a cómo reaccionamos al estímulo incondicionado y nuestra capacidad para reaccionar antes descripciones verbales de eventos de forma similar a cómo reaccionamos a esos eventos (Alcaraz, 1990; Mowrer, 1954; Stemmer, 1973; Ribes, 1990; Tonneau, 2001; 2002; 2004; Tonneau et al., 2004; Tonneau y González, 2004).

El estudio de los procesos de condicionamiento clásico implicados en el lenguaje comenzó con el propio Pavlov, quien se refirió al lenguaje como un “segundo sistema de señales” (Alcaraz, 1990; Kazdin, 1978). Según Pavlov, una característica que hacía al lenguaje diferente de las relaciones de condicionamiento clásico simples es que, a diferencia de éstas últimas, el lenguaje nos permite adquirir nuevas respuestas aún sin haber entrado en contacto directo con el estímulo (incondicionado o condicionado). Es por esto por lo que podemos sentir miedo o rechazo hacia una persona o grupo de personas en particular, a pesar de no haberlas conocido personalmente nunca, sólo por lo que otras personas nos han contado de ellas. Mowrer (1954) fue más allá de la concepción pavloviana de las relaciones simbólicas entre eventos y las describió en términos de “oraciones”, entendidas como “dispositivos condicionados [cuyo] efecto principal consiste en producir nuevas asociaciones, nuevo aprendizaje” (pg. 665). Mowrer (1954) distinguió cuatro clases de oraciones: oraciones cosa-cosa, oraciones cosa-signo, oraciones signo-cosa y oraciones signo-signo. Lo que estas cuatro clases de oraciones tienen en común son los procesos de condicionamiento clásico implicados en la transferencia de significados entre los eventos, sean estos signos lingüísticos o eventos ambientales. Cabe mencionar aquí que, cuando Mowrer habla del “significado” de una palabra, se refiere al conjunto de respuestas elicitadas por ella, aunque reconocemos que posiblemente no sea la mejor elección terminológica. En un capítulo posterior se desarrolla en profundidad la propuesta mediacional del lenguaje de Mowrer, así que no nos detendremos a explicarla aquí. Baste decir por el momento que Mowrer logra,

apelando únicamente a procesos de condicionamiento clásico, explicar de qué manera las palabras llegan a ser equivalentes a las realidades a las que hacen referencia (en términos de las respuestas que generan en nosotros) pudiendo de esta manera provocar efectos similares en nuestra conducta.

La perspectiva pavloviana del lenguaje ha sido recuperada por Tonneau en fechas más recientes (Tonneau 2001, 2002, 2004; Tonneau et al., 2004; Tonneau y González, 2004). Este autor plantea las relaciones entre las palabras y sus referentes en términos de *transferencia de funciones* y *equivalencia funcional*, destacando que lo singular de los procesos simbólicos que operan en el lenguaje es que la transferencia de funciones puede ocurrir de forma indirecta. Así, no es necesario que dos estímulos se emparejen directamente para que se produzca transferencia de funciones entre ellos: por ejemplo, cuando emparejamos un estímulo-señal X con un estímulo-objetivo A y emparejamos un estímulo-señal Y con un estímulo incondicionado B para, posteriormente, emparejar X e Y, se produce transferencia funcional entre A y B, incluso aunque no los hayamos emparejado directamente en ningún momento (Tonneau, 2001, 2002, 2004). Tonneau va más allá, afirmando que el establecimiento de correlaciones entre estímulos es suficiente para que se produzca transferencia de funciones entre ellos. Por lo que se refiere a la equivalencia funcional entre las palabras y las realidades a las que hacen referencia, ésta se podría explicar con base en el concepto de *respuesta mediadora* de Mowrer (1954), que se desarrolla en profundidad en un capítulo posterior.

La propuesta de Tonneau también tiene en cuenta los procesos operantes implicados en el lenguaje. Para este autor, el condicionamiento operante se constituye como la solución al llamado “problema de la extinción” (Tonneau, 2001). Este problema se refiere al hecho de que la capacidad de las palabras para generar respuestas similares a sus referentes debería debilitarse con el tiempo, por la ausencia de nuevos emparejamientos

entre dichas palabras y sus referentes. Sin embargo esto no es así, no necesitamos emparejar cada cierto tiempo una palabra con su referente para seguir siendo usuarios competentes de dicha palabra. En este sentido, Tonneau afirma lo siguiente:

Es posible que la correlación inicial entre palabras y objetos siga afectando al comportamiento porque la transferencia funcional que produce es “útil”, es decir, correlacionada con el reforzamiento operante. La equivalencia funcional entre símbolos y referentes podría ser mantenida y reforzada socialmente en numerosos contextos. La hipótesis aquí es que el reforzamiento no afecte sólo al comportamiento operante, sino también a la probabilidad de que correlaciones activas sigan transfiriendo funciones de un estímulo a otro. (Tonneau, 2001: 25).

Sin embargo, si tenemos en cuenta algunas de las consideraciones sobre el significado desarrolladas por Wittgenstein en su obra *Investigaciones Filosóficas* (1953), es posible que los procesos operantes no sólo jueguen un papel central en el mantenimiento de las relaciones de equivalencia funcional, sino también en su génesis. Según este autor, no parece posible que aprendamos el significado de las palabras mediante un acto ostensivo, es decir, simplemente señalando el referente al mismo tiempo que se pronuncia la palabra. De ser así, no habría manera de discriminar la asociación palabra-referente correcta, puesto que nada nos indicaría a qué parte o atributo de aquello que señalamos hace referencia la palabra. Si, por ejemplo, intentamos enseñar a un niño que el objeto vaso se corresponde con la palabra “vaso” simplemente señalando el objeto al mismo tiempo que pronunciamos “vaso”, el niño no puede saber si estamos señalando el objeto en su totalidad, su color, el material del que está hecho... o cualquiera de los atributos contingentes a él. Para Wittgenstein (1953), el aprendizaje de nuevos significados consiste en aprender a jugar nuevos “juegos de lenguaje”, es decir, en aprender las normas de uso de las palabras. Estas “normas de uso” no deben entenderse

como formulaciones explícitas de todos y cada uno de los casos en los que es correcto o incorrecto usar una palabra. De hecho, la norma no suele ser explícita, sino que se hace patente en nuestra capacidad para detectar el uso incorrecto de una palabra una vez somos expertos en su utilización. Aunque la enseñanza ostensiva puede crear las condiciones para establecer una asociación entre una palabra y un referente, no ofrece ninguna guía sobre las normas de uso de esa palabra. Lo que nos enseñaría a discriminar los usos correctos e incorrectos de una palabra y, por ende, su significado, sería el moldeamiento progresivo de la conducta verbal por parte de la comunidad lingüística (Froján et al., 2017). Este moldeamiento social derivaría, siguiendo la propuesta de Tonneau (2001; 2002; 2004), en el establecimiento de correlaciones estables entre estímulos-significante y estímulos-referente, que permitirían el establecimiento de las relaciones de equivalencia funcional “socialmente correctas” entre los signos y sus referentes (siguiendo el ejemplo anterior, entre la palabra “vaso” y el objeto vaso). Lo que esto implica es que, para lograr una comprensión adecuada del lenguaje y sus fenómenos asociados, necesitamos entender que los procesos pavlovianos y los operantes participan de forma conjunta en la génesis, mantenimiento y alteración de los procesos simbólicos (Froján et al., 2017).

Este trabajo asume la perspectiva sobre el lenguaje aquí desarrollada, en su análisis del uso que hacen los terapeutas del control verbal aversivo. Y es que, como veremos a continuación, el control aversivo de la conducta puede asumir diversas formas, siendo la verbal una de las más comunes.

## **2. CONTROL AVERSIVO DE LA CONDUCTA: CONCEPTUALIZACIÓN E INVESTIGACIÓN**

El control aversivo de la conducta abarca todas aquellas situaciones en las que se produce un cambio en el comportamiento de un organismo como consecuencia de su asociación con algún tipo de estimulación desagradable. Así pues, el control aversivo de la conducta implica un aprendizaje que puede basarse en tanto en procesos pavlovianos como en procesos operantes, aunque lo más habitual es que ambos tipos de condicionamiento estén implicados en alguna medida. Las situaciones en las que la conducta se modifica como consecuencia de un control aversivo pueden producirse de forma fortuita en el ambiente natural del organismo o pueden crearse de forma más o menos deliberada y sistemática, con el objetivo más o menos explícito de provocar el cambio de conducta. En este sentido, el control aversivo es un fenómeno cotidiano que aplicamos y se nos aplica constantemente. Utilizamos el control aversivo en nuestras conversaciones con los demás, cuando interrumpimos a nuestro interlocutor en mitad de un discurso con el que no estamos de acuerdo o cambiamos de tema porque lo que nos está contando no nos interesa. Usamos el control aversivo cuando conseguimos que nuestro gato no se suba más a la encimera de la cocina después de rociarle con un spray de agua cada vez que nos lo encontramos ahí subido. También lo usamos cuando le hablamos mal de alguien o de algo a una tercera persona. Por otra parte, somos sujetos del control aversivo cuando dejamos de aparcar en la acera de enfrente de nuestra casa después de recibir una multa por hacerlo. O cuando dejamos de comprar en una determinada cadena o una determinada marca después de tener una mala experiencia con sus productos. O cuando terminamos por aborrecer a alguien cuyas opiniones o conductas chocan con las nuestras. Hay que desechar la idea, ampliamente generalizada, de que “control aversivo” es sinónimo de agresión física, de humillación y/o de coerción. Si bien

estas pueden ser formas de controlar aversivamente la conducta, no sólo no son las únicas que existen, sino que su uso es comparativamente minoritario en relación con todas las posibles formas que puede adoptar el control aversivo en nuestra vida cotidiana y en contextos más específicos, como puede ser la terapia psicológica. Y es que, en su práctica profesional, todos los terapeutas hacen uso del control aversivo en alguna medida, ya sea de forma deliberada y planificada a través de la puesta en marcha de técnicas de intervención como el coste de respuesta, o de forma más intuitiva y asistemática, por ejemplo, cuando censuran algún comportamiento de sus clientes durante la sesión. Esta última forma de control aversivo de la conducta en terapia, el control *verbal* aversivo, es el objeto de estudio de esta tesis y se abordará en profundidad a lo largo de este trabajo.

Sin embargo, aunque el control aversivo de la conducta es un fenómeno habitual y una técnica para fomentar el cambio de conducta ampliamente utilizada por los terapeutas (de forma deliberada o no), su investigación es comparativamente escasa y suele ir acompañada de polémica. Los prejuicios, creencias erróneas e ideas preconcebidas que existen acerca del control aversivo de la conducta suponen un obstáculo para su estudio, que no sólo se refleja en el escaso número de investigadores interesados por el tema, sino también en las dificultades a las que éstos suelen tener que hacer frente para llevar a cabo sus investigaciones. Las exigencias de los comités de ética y los problemas para la obtención de recursos hacen muy difícil llevar a cabo investigaciones de calidad sobre el control aversivo de la conducta, mientras que el rechazo por parte de revistas científicas y congresos hacen imposible la difusión de los resultados de las investigaciones. De esta forma, las creencias erróneas e ideas preconcebidas se arraigan y perpetúan, dando lugar a un círculo vicioso difícil de romper. Y es que el rechazo hacia el control aversivo de la conducta (tanto hacia su uso como hacia su investigación) no surge del conocimiento y el análisis científico del mismo, sino

de la falta de información y los prejuicios. El propio nombre del fenómeno ya genera rechazo, puesto que incluye dos términos con un pesado bagaje semántico: “control” y “aversivo”. Ambos términos tienen una acepción muy concreta dentro del lenguaje técnico del análisis de la conducta, sin embargo suelen ser interpretados según su significado más común dentro del lenguaje ordinario (Leite Hunziker, 2017). Como ya expusimos anteriormente, MacCorquodale (1970) afirma que:

“La noción de control, anatema para los políticamente hipersensibles, significa únicamente «causalidad» en su sentido puramente funcional y por lo tanto no exige alboroto. No es argüible ni criticable que el comportamiento es un dato armonioso, controlado, sensible a las circunstancias de quien produce el comportamiento; es simplemente un hecho que ha sido ampliamente confirmado.” (p.83)

Así pues, interpretar “control” como coerción o manipulación perversa del otro es simplemente erróneo y denota, en el mejor de los casos, un profundo desconocimiento sobre qué es y en qué consiste el análisis de la conducta. Por otra parte, dentro de la terminología del análisis de la conducta, el término “aversivo” califica a todo aquel estímulo que genera malestar o rechazo en el sujeto. Entender “aversivo” únicamente como sinónimo de dolor, sufrimiento o humillación ignora el hecho de que hay otras muchas formas y grados de malestar antes de llegar a esos extremos. Así pues, tal y como hemos comentado al comienzo de este apartado, cuando hablamos de “control aversivo”, nos estamos refiriendo a aquellas situaciones en las que se produce un cambio de conducta como consecuencia de la asociación de dicha conducta y algún estímulo que produce malestar o rechazo en el sujeto. El castigo, una de las formas que puede adoptar el control aversivo de la conducta, también es objeto de esta confusión entre su acepción técnica y su significado popular. En el contexto del análisis de la conducta, se denomina “castigo”

1) al proceso de aprendizaje operante por el cual una conducta tiende a reducirse y/o desaparecer cuando va seguida de forma contingente de determinadas consecuencias y 2) a las consecuencias que logran reducir y/o eliminar la conducta a la que siguen, pudiendo consistir en la administración de estimulación aversiva (castigo positivo) o en la retirada de estimulación apetitiva (castigo negativo). Sin embargo, es habitual que se piense en el castigo únicamente en términos de agresión y violencia física. Entender de qué estamos hablando cuando hablamos de control aversivo en el contexto del análisis de la conducta es el primer paso para romper con los prejuicios y las ideas erróneas, que están impidiendo que se lleve a cabo una investigación rigurosa acerca de este proceso, las variables que influyen y modulan sus efectos en la conducta y las formas de potenciar sus ventajas y disminuir sus inconvenientes.

Ahora bien, aunque la investigación sobre el control aversivo es escasa, sobre todo en comparación con la investigación de otros fenómenos y procesos psicológicos, sí es cierto que ha habido estudios interesantes acerca de este proceso. De hecho, uno de los estudios más célebres en psicología, el caso del “Pequeño Albert” (Watson y Rayner, 2000) es, precisamente, una investigación acerca del control aversivo de la conducta. Una revisión completa de estas investigaciones debería recoger los hallazgos de la psicología básica, la aplicada y la experimental, en sujetos humanos y no humanos, y en los diversos ámbitos de estudio de la Psicología, algo que excede ampliamente los objetivos de este trabajo. En un capítulo posterior se revisarán algunos de los resultados más relevantes que ha aportado la investigación acerca del castigo como forma de control aversivo de la conducta y se expondrán algunos hallazgos interesantes sobre el uso de diversas técnicas de modificación de conducta basadas en el control aversivo. Aquí nos limitaremos a esbozar una panorámica acerca del estado actual de la investigación sobre el control



aversivo de la conducta<sup>1</sup>. Queremos, de esta manera, justificar la necesidad de llevar investigaciones acerca del control *verbal* aversivo como la que aquí se presenta. Y es que, la que probablemente sea la forma más común de control aversivo de la conducta en contextos clínicos (y fuera de ellos), está recibiendo, sin embargo, una atención prácticamente nula por parte de los investigadores. El foco de interés de los estudios se ha centrado mayoritariamente en el castigo positivo frente a otras formas de control aversivo (Lerman y Vondran, 2002; Rimm y Masters, 1980), siendo lo más habitual 1) estudios sobre la efectividad del castigo y las variables que la modulan, en especial la sensibilidad al mismo (Altman, Haavik, y Cook, 1978; Arntzen y Werner, 1999; ; Azrin y Holz, 1966; Estes, 1944; Halevy, Feldon y Weiner, 1987; Li, Huang, Lin y Sun, 2007; Mestre-Bach et al., 2016; Rotberg, 1959; Sheynin, Moustafa, Beck, Servatius y Myers, 2015) y 2) trabajos en los que la investigación acerca del castigo forma parte del estudio de otros fenómenos (Arnold, Chisholm y Prike, 2016; Deluty, 1978; Hawes, DeYoung, Gray y Rustichini, 2014; Loxton y Dawe, 2001; Nagy et al., 2006; Stapleton, y Whitehead, 2014; Wang, Zhu, Wang y Wang, 2008). Además, el estudio del castigo se ha llevado a cabo mayoritariamente en laboratorio, lo que hace que muchos de los hallazgos de estas investigaciones sean difícilmente generalizables al campo aplicado y al clínico, especialmente por el tipo de castigos utilizados y otras cuestiones de tipo metodológico (Lerman y Vondran, 2002).

Si revisamos las publicaciones recientes sobre el control aversivo de la conducta (en sus distintas formas, no sólo castigo) encontramos que este campo tampoco ha sido ajeno a la explosión de popularidad de la neuropsicología. En la actualidad, la mayoría de los estudios publicados sobre control aversivo tienen que ver con correlatos

---

<sup>1</sup> Hemos decidido excluir de este análisis las publicaciones sobre control aversivo que se han hecho en los ámbitos de la psicología social y organizacional, por estar muy alejadas de la temática y los intereses de este trabajo.

neurrológicos y activación cerebral (Grillon, 2002; Hawes et al., 2014; Kim, Yoon, Kim, y Hamann, 2015; Kohls, et al., 2013; van Meel, Heslenfeld, Oosterlaan, Luman y Sergeant, 2011; Shigemune, Tsukiura, Kambara, y Kawashima, 2013; Potts, Bloom, Evans, y Drobles, 2014). La investigación de corte cognitivista también tiene un papel importante dentro de las publicaciones sobre control aversivo en la actualidad, en ocasiones ligada a las perspectivas neuropsicológicas. Así, podemos encontrar gran cantidad de trabajos en los que se relacionan aspectos del control aversivo con diversas variables de tipo cognitivo como la inteligencia, la atención, la memoria o la toma de decisiones, entre otras (Arnold et al., 2016; Brailean, Koster, Hoorelbeke y De Raedt, 2014; Hawes et al., 2014; Nagy et al., 2006; Shigemune et al., 2013; Wang et al., 2008). Por otra parte, el control aversivo ha estado tradicionalmente vinculado al tratamiento y la investigación sobre adicciones y abuso de sustancias. En la actualidad sigue siendo posible encontrar una importante cantidad de investigación acerca de la eficacia de los tratamientos para las adicciones basados en el control aversivo (Arzi et al., 2014; Bordnick, Elkins, Orr, Walters y Thyer, 2004; Cretzmeyer, Sarrazin, Huber, Block y Hall, 2003; Grossman y Ruiz, 2004), así como estudios que ponen en relación diversos aspectos del control aversivo de la conducta y el desarrollo o tratamiento de las adicciones, tanto químicas como conductuales (Brunborg et al., 2012; Nakajima, 2004; Brunborg et al., 2010; Mestre-Bach et al., 2016). Otro ámbito en el que también podemos encontrar un buen número de publicaciones en la actualidad es el dedicado a investigar la relación entre diversos aspectos del control aversivo de la conducta y el desarrollo y tratamiento de fobias, miedos y otros trastornos de ansiedad (Åhs, Miller, Gordon y Lundström, 2013; Boddez, Baeyens, Hermans y Beckers, 2013; Brom, Laan, Everaerd, Spinhoven y Both, 2015; Grillon, 2002; Hermann, Ziegler, Birbaumer y Flor, 2002). Por último, como reflejo de la preocupación que existe acerca de las implicaciones éticas del estudio del control

aversivo y sobre los posibles efectos secundarios indeseables del mismo, en la actualidad también es posible encontrar publicaciones que recogen el intento de algunos investigadores por encontrar formas éticas y lo menos invasivas posibles de estudiar el control aversivo, especialmente si se trata de poblaciones especiales (Neumann y Waters, 2006; Neumann, Waters, Westbury y Henry, 2008; Neumann, Waters y Westbury, 2008).

En definitiva, consideramos necesario un cambio en la perspectiva desde la que los psicólogos, tanto investigadores como aplicados, enfocan el control aversivo en sus distintas formas. Los profesionales de la psicología aceptamos y perpetuamos determinados dogmas (i.e. afirmaciones mantenidas únicamente con base en un argumento de autoridad) con más frecuencia de la que estamos dispuestos a admitir (Leite Hunziker, 2017). Esta forma de proceder no sólo es profundamente anticientífica y más propia de sistemas de creencias que del ámbito de la investigación, sino que va directamente en contra del avance y la mejora de nuestra disciplina. Primero, porque asume como verdaderas una serie de afirmaciones sobre el control aversivo como si fueran hechos consumados, incluso aunque haya argumentos en su contra. Así, por ejemplo, se considera innegable que el control aversivo de la conducta es ineficaz y que siempre es perjudicial para el sujeto, cuando un repaso a la literatura científica disponible muestra que no es así necesariamente (Leite Hunziker, 2017; Johnston, 1985). Segundo, porque supone un obstáculo para la investigación, al no dejar lugar al cuestionamiento o la puesta a prueba de esos dogmas sobre el control aversivo. Se sanciona y desalienta cualquier intento, no ya de rebatir esas ideas, sino simplemente de someterlas a un análisis objetivo. Para no ser rechazada de plano, especialmente en lo que se refiere a la difusión de sus resultados, a cualquier investigación sobre el control aversivo se le exige una determinada perspectiva y una justificación de su necesidad que no se le exige al estudio de otros fenómenos. Y tercero, porque introduce un juicio de valor que va más allá de las

consideraciones éticas que, sin duda, hay que tener en cuenta en cualquier investigación que implique a seres vivos. De forma más o menos explícita, se asume que el control aversivo de la conducta es “malo” y el interés por su estudio es considerado “peculiar”, por no decir “turbio”. Esto se traduce, por una parte, en que en los contextos aplicados no se aprovecha todo el potencial que tiene el control aversivo y, por otra parte, en que en el contexto investigador no se llevan a cabo estudios para aprender más sobre él y la forma idónea de aplicarlo. Hace falta abandonar esta actitud dogmática y asumir una perspectiva científica, empezando por entender “control aversivo” por su acepción técnica y no por sus connotaciones derivadas del lenguaje común. Así mismo, hace falta investigar más sobre el control aversivo partiendo desde esa misma perspectiva, cuestionando y poniendo a prueba las concepciones tradicionales acerca de su eficacia y sus potenciales efectos perjudiciales. Por último, consideramos necesario prestar una mayor atención al control *verbal* aversivo, tanto por lo extendido de su uso en los contextos clínicos (y fuera de ellos), como por lo escasa que es la investigación realizada específicamente sobre él.

Este trabajo surge, en buena medida, como respuesta a todo lo anterior: con el objetivo de investigar el control verbal aversivo en terapia de una forma rigurosa y libre de dogmas.

## **CAPÍTULO II**

### ***ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA INTERACCIÓN VERBAL EN TERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA FUNCIONAL***

La presente línea de investigación se inició hace más de una década, dirigida al estudio de la interacción verbal que se produce entre el psicólogo y el cliente a lo largo del proceso terapéutico, con el objetivo último de comprender mejor los procesos que explican el cambio clínico. Asumiendo un paradigma conductual, por considerarlo el más apropiado para el estudio científico del comportamiento, y adoptando una metodología observacional basada en el estudio momento a momento de la interacción clínica, esta línea se plantea como objetivo el análisis funcional de la conducta verbal de terapeutas y clientes durante las sesiones clínicas. Este tipo de abordaje del comportamiento verbal en sesión tiene un claro antecedente en los trabajos del grupo de Willar Day y la llamada *Metodología de Reno* (Moore, 1991) que, si bien tenía una gran solidez teórica y mucho potencial, apenas fue utilizada por los grandes esfuerzos y dificultades que entrañaba observar y analizar la conducta verbal sin el apoyo de ningún tipo de instrumento o tecnología de registro (Hayes et al., 2001). La línea de investigación que aquí se resume incorpora herramientas tecnológicas que facilitan el análisis de los diálogos entre terapeutas y clientes en sesiones clínicas grabadas. Desde la primera publicación (Montaño, Calero y Froján, 2006) hasta la actualidad, se han hecho importantes avances

y numerosos hallazgos, tanto acerca de los patrones de interacción verbal que se observan en el contexto clínico a un nivel general (Froján, Montaña, Calero y Ruiz, 2011; Montaña, Froján, Ruiz y Virués, 2011; Ruiz, Froján y Galván, 2015), como acerca de aspectos más específicos de la interacción verbal, como las reglas emitidas por el terapeuta (Froján, Pardo, Vargas y Linares, 2011; Vargas y Pardo, 2014), la conducta verbal de terapeutas y clientes durante la reestructuración cognitiva (Calero, Froján, Ruiz y Vargas, 2011), la forma de motivar de los terapeutas (Froján, Alpañés, Calero y Vargas, 2010; de Pascual, 2015), el tipo de instrucciones utilizadas por el terapeuta en la asignación de tareas (Marchena, Calero y Galván, 2013) y el uso que hacen los terapeutas del refuerzo (Moreno, Galván y Álvarez, 2015) y del castigo (Froján, Galván, Izquierdo, Ruiz y Marchena, 2013; Galván, Beggio, Pardo, Segovia y Froján, 2014).

## **1. SISC-INTER-CVT, PRIMER ACERCAMIENTO AL ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN VERBAL EN SESIÓN**

El desarrollo del *Sistema de Categorización de la Interacción Verbal en Terapia* (SISC-INTER-CVT, Ruiz, 2011; Ruiz et al., 2015), supuso el primer gran punto de inflexión en esta línea de investigación. Este sistema, construido a partir de la observación y el análisis de una gran cantidad de sesiones clínicas, permite codificar las posibles funciones de la conducta verbal de terapeutas y clientes. Como veremos más adelante, su aplicación ha aportado interesantes hallazgos sobre la interacción verbal que se produce entre ambos, tanto durante las sesiones individuales como a lo largo de la terapia completa, y nos ha permitido clarificar el proceso terapéutico y los mecanismos implicados en el cambio clínico. En la Tabla II.1 se presentan las categorías que componen el sistema y su definición.

Son varias las razones que condujeron a desarrollar un sistema de clasificación propio para investigar el proceso terapéutico en lugar de utilizar alguno de los ya existentes, que ya han sido expuestos en otros lugares (Callaghan, 1998; Hill et al., 1981; Hill, Nutt y Jackson, 1994; Russell y Stiles, 1979; Stiles, 1979, 1993). Por una parte, el diseño de varios de esos sistemas se ciñe a un enfoque psicoterapéutico concreto. Sin embargo, los resultados y conclusiones de nuestras investigaciones apuntan a que los mecanismos implicados en el cambio clínico son los mismos y se pueden explicar atendiendo a los mismos principios con independencia del tipo de cliente, su problemática, el tipo de terapeuta y la escuela a la que se adhiera, de tal manera que se hace necesario un sistema de categorización que sea independiente de todas esas variables. Por otra parte, ninguno de los sistemas citados plantea una codificación de la conducta verbal basada en su posible funcionalidad, mientras que nuestro objetivo principal es, precisamente, el análisis funcional de la conducta verbal de terapeutas y clientes durante las sesiones clínicas. Si bien es cierto que el *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS, Callaghan, 1998) comparte nuestro mismo objetivo general -identificar los mecanismos del cambio en terapia- no nos sirve principalmente porque centra su categorización en las conductas del cliente de acuerdo con los principios de la PAF (CCR1, CCR 2 y CCR 3) para, posteriormente, determinar qué hacen los terapeutas ante esas conductas. Por el contrario, en esta investigación se considera que el terapeuta es el motor del cambio y que el estudio del proceso terapéutico debe partir del análisis de la posible funcionalidad de sus verbalizaciones.

## Capítulo II: Origen y evolución de la línea de investigación

**Tabla II.1.** Categorías del SISC- INTER- CVT y sus definiciones.

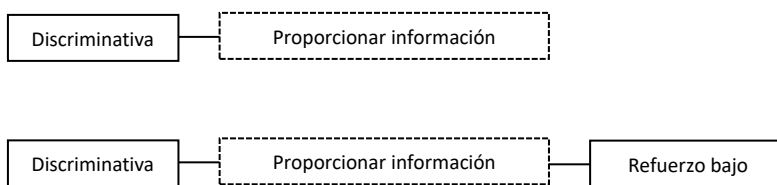
<i>Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-INTER-CVT)</i>	
<i>Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal de los Terapeutas (SISC-CVT) y definiciones</i>	<i>Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal de los Clientes (SISC-CVC) y definiciones</i>
<p><i>Discriminativa</i> Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo.</p> <p>Modificadores: conversacional (el terapeuta pregunta para comprobar si el cliente le comprende)</p>	<p><i>Proporcionar información</i> Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.</p>
	<p><i>Solicitar información</i> Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.</p>
<p><i>Refuerzo</i> Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente.</p> <p>Modificadores: bajo, medio, alto, conversacional</p>	<p><i>Mostrar aceptación</i> Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.</p>
	<p><i>Mostrar desacuerdo</i> Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.</p>
<p><i>Castigo</i> Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente.</p>	<p><i>Bienestar</i> Verbalización del cliente que hace referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de este bienestar.</p>
<p><i>Informativa</i> Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico</p>	<p><i>Malestar</i> Verbalización del cliente que hace referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar.</p>
<p><i>Motivadora</i> Verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico.</p>	<p><i>Logro</i> Verbalización del cliente que señala la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.</p>
	<p><i>Fracaso</i> Verbalización del cliente que señala la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo.</p>
<p><i>Instructora dentro de sesión</i> Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente dentro del contexto clínico.</p>	<p><i>(No) Seguimiento de instrucciones fuera de sesión</i> Verbalización del cliente que implica un (no) seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico.</p> <p><i>Modificadores:</i> Anticipación (hacer referencia a que realizará las tareas prescritas en esa sesión) y Descripción (describe las tareas que ha llevado a cabo y fueron prescritas en sesiones anteriores)</p>
<p><i>Instructora fuera de sesión</i> Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera del contexto clínico. Han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.</p>	<p><i>(No) Seguimiento de instrucciones dentro de sesión</i> Verbalización del cliente que implica un (no) seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión.</p>
<p><i>Chatting</i> Verbalizaciones de terapeuta que forman parte de bloques de charla intrascendente de terapia.</p>	
<p><i>Otras</i> Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores</p>	<p><i>Otras</i> Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores</p>



Como hemos comentado, el SISC-INTER-CVT supuso un punto de inflexión en la línea de investigación, al integrar en un sólo instrumento las posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta y la morfología de la función de respuesta del cliente, permitiendo el análisis de la interacción terapeuta-cliente. Los resultados confirmaron el planteamiento inicial acerca de la existencia de patrones objetivos y sistemáticos de interacción verbal durante la terapia, permitiéndonos proponer un primer modelo de actuación clínica basado en mecanismos operantes (Ruiz et al., 2015). Entre otros hallazgos, presentados en diversas publicaciones (Calero et al., 2011; Froján y Ruiz, 2013; Froján et al., 2010; Moreno et al., 2015; Ruiz, Froján y Calero, 2013; Vargas y Pardo, 2014), la aplicación del SISC-INTER-CVT para la observación y análisis de gran cantidad de sesiones clínicas nos ha proporcionado datos muy interesantes acerca de la labor del psicólogo clínico y la conducta verbal del cliente en sesión. A la vista de los resultados obtenidos, lo que parece determinar el tipo de conducta verbal emitida por los terapeutas conductuales es el tipo de *actividad clínicamente relevante (ACR)* que están llevando a cabo en sesión: evaluar, explicar, tratar o consolidar el cambio. Dichas actividades no tienen que ver tanto con la “fase”, entendida como un momento temporal, de la intervención, sino con el objetivo concreto perseguido por el psicólogo durante la terapia (Froján et al., 2011; Ruiz, 2011). Por lo que se refiere a los clientes, se ha encontrado que la distribución de sus verbalizaciones no obedece a sus características personales o su problemática, sino que está directamente relacionada, precisamente, con la *actividad clínicamente relevante* desempeñada por el psicólogo durante la terapia (Ruiz et al., 2013). Ahora bien, para estudiar la interacción verbal entre terapeutas y clientes a partir de las observaciones hay que ir más allá de la descripción de la conducta de ambos por separado, es imprescindible realizar un análisis de los datos obtenidos en sesión (Karpiak y Benjamin, 2004; Terraz, Roten, Crettaz de Roten, Drapeau y Despland, 2004),

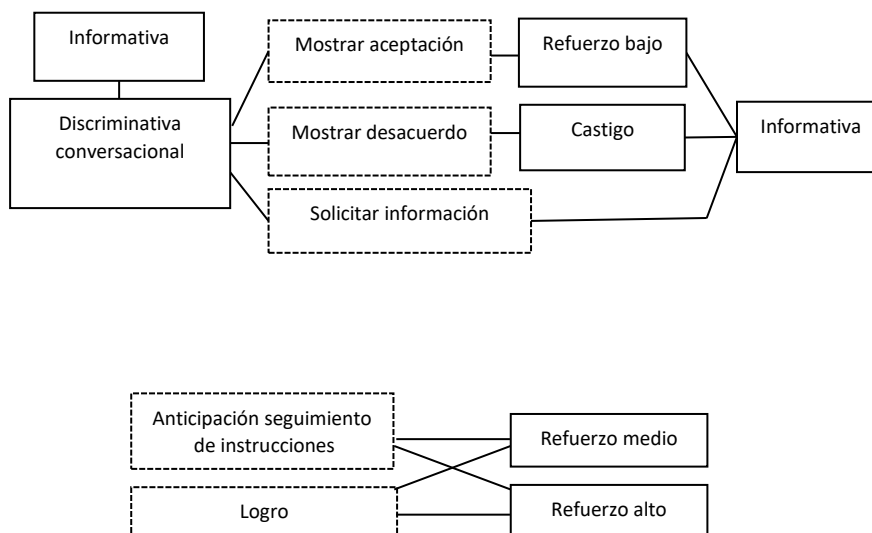
que ponga de manifiesto relaciones secuenciales entre unidades de conducta (Quera, 1993). Este análisis secuencial, en un sentido básico, cumple la función de comprobar si una conducta concreta (conducta *dada*) es seguida o precedida con mayor o menor probabilidad de la esperable por azar por otra conducta (conducta *condicionada*). A pesar de las dificultades que entraña el uso del análisis secuencial, la utilización de esta herramienta proporciona un conocimiento enormemente rico sobre el proceso terapéutico (Elliott, 2010) y nos ha permitido elaborar un primer modelo sobre el proceso terapéutico a partir de las secuencias conductuales más características detectadas para cada *ACR* (Ruiz et al., 2015):

- ACR de evaluación:



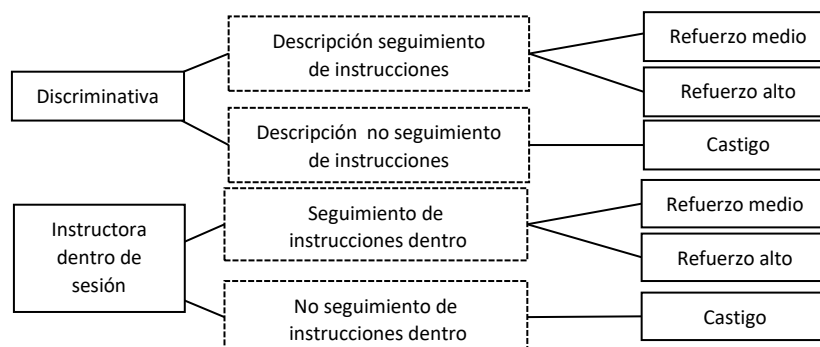
Cuando el terapeuta evalúa, se sirve de la formulación de preguntas (discriminativa) para obtener la información que necesita del cliente (proporcionar información) y utiliza verbalizaciones aprobatorias (refuerzo bajo) para cerrar el discurso del cliente y continuar formulando preguntas.

- ACR de explicación:

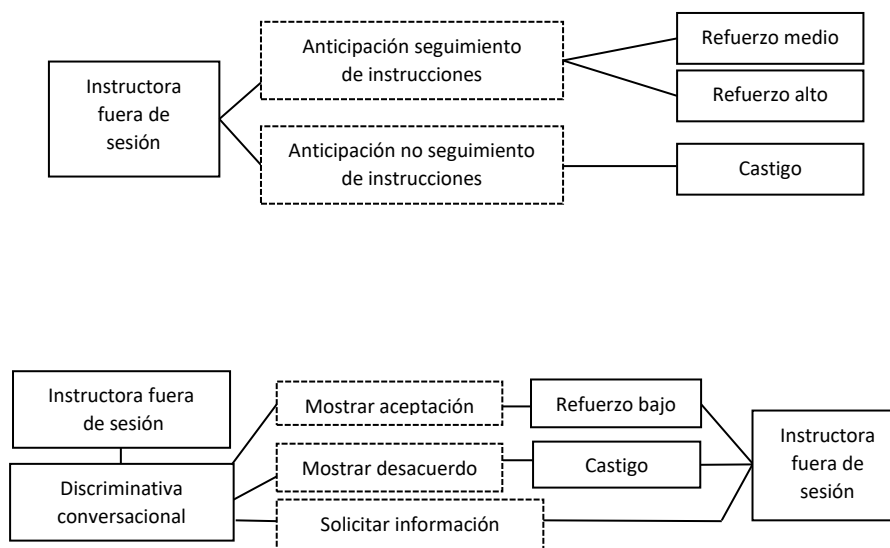


Durante los segmentos de terapia dedicados a la explicación, encontramos que los terapeutas emiten extensos bloques de contenido técnico o motivador (informativa), que en ocasiones interrumpen con preguntas para asegurarse de que el cliente está siguiendo la explicación y/o está de acuerdo con ella (discriminativa conversacional). En función de la respuesta del cliente (mostrar acuerdo o desacuerdo), el terapeuta expresa aprobación (refuerzo) o rechazo (castigo) y continúa con la explicación. En otras ocasiones, encontramos que el cliente expresa sus dudas (solicitar información), ante lo que el terapeuta responde reformulando la explicación en otros términos. Finalmente, aunque en menor frecuencia, durante los fragmentos de explicación también encontramos verbalizaciones del cliente en las que muestra su intención de cumplir con las tareas propuestas por el terapeuta (anticipación de seguimiento de instrucciones) y en las que pone de manifiesto los avances que va realizando (logro), ante las que el terapeuta suele expresar su aprobación de forma explícita (refuerzo medio y alto), posiblemente buscando aumentar la probabilidad de que se mantengan. La aparición de este tipo de verbalizaciones positivas del cliente pone de manifiesto la importancia que tienen las explicaciones del terapeuta para motivar al cambio.

- ACR de tratamiento:



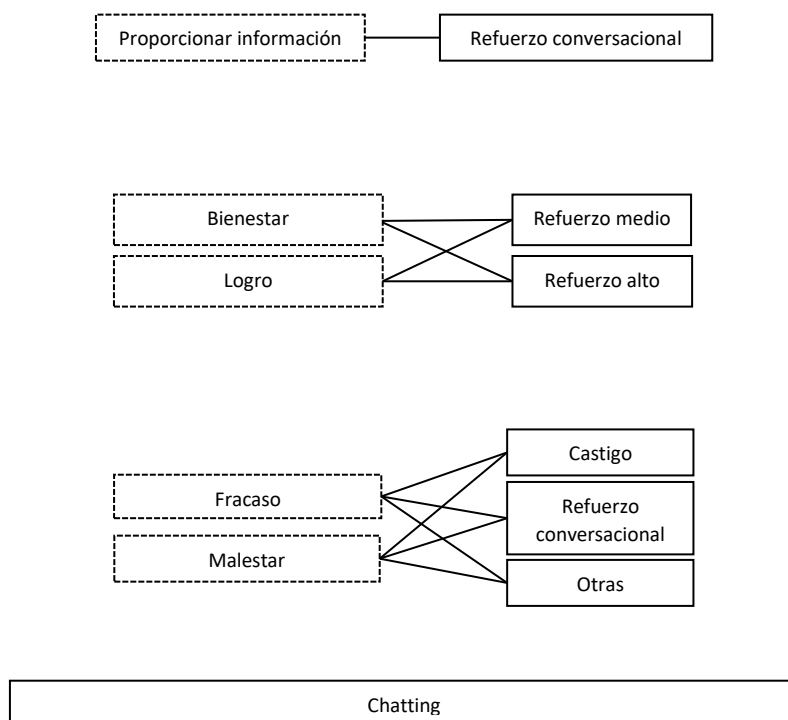
## Capítulo II: Origen y evolución de la línea de investigación



Durante la ACR de tratamiento encontramos varias secuencias verbales características con el formato de tres términos típico. El terapeuta inicia la secuencia con verbalizaciones relativas a las tareas terapéuticas, ya sea para comprobar si se han cumplido (discriminativo) o para asignarlas (instructora dentro/fuera de sesión). A continuación el cliente expresa si ha llevado a cabo o no las tareas (descripción del seguimiento/no seguimiento de instrucciones) o si tiene la intención o no de llevarlas a cabo (anticipación seguimiento/no seguimiento de instrucciones). El terapeuta cierra la secuencia mostrando su aprobación (refuerzo) o rechazo (castigo) en función de si la respuesta del cliente es proterapéutica o antiterapéutica, respectivamente. Tras analizar la dinámica que siguen las verbalizaciones del cliente a lo largo de la terapia, hemos hallado que en las sesiones centrales de la terapia, en las que la ACR de tratamiento tiene un mayor protagonismo, las verbalizaciones proterapéuticas van en aumento, mientras que las antiterapéuticas van disminuyendo (Froján et al, 2013; Moreno et al., 2015; Ruiz et al., 2013). Estos hallazgos apoyan la idea, pilar básico de la *Psicoterapia Analítico Funcional* y propuesta por diversos autores (Follette, Naugle y Callaghan, 1996;

Hamilton, 1988; Rosenfarb, 1992), de la existencia de un proceso de moldeamiento de la conducta verbal del cliente en sesión, en el que el terapeuta utilizaría su propia conducta para discriminar y reforzar las verbalizaciones deseables del cliente y castigar o extinguir las problemáticas.

- ACR de consolidación:



Los patrones verbales característicos de la actividad de consolidación destacan por ser iniciados por el cliente con mayor frecuencia que por el terapeuta. Durante la consolidación ya se han alcanzado la mayoría de los objetivos terapéuticos y la labor del terapeuta consiste, sobre todo, en mostrar su apoyo y aprobación (refuerzo) antes las verbalizaciones del cliente que manifiestan la consecución de dichos objetivos (bienestar y logro). También encontramos fragmentos en los que el cliente habla de algún tema relacionado con la terapia (proporcionar información) y el terapeuta simplemente le presta atención (refuerzo conversacional) y otros fragmentos dedicados a charla

aparentemente intrascendente (*chatting*). Ahora bien, durante la consolidación también encontramos que el cliente expresa con frecuencia contenidos antiterapéuticos (fracaso y malestar), posiblemente relacionados con el miedo o la inquietud que puede provocar el final de la terapia y la sensación de no ser capaces de mantener los cambios sin la ayuda del psicólogo. Ante dichos contenidos el terapeuta, bien manifiesta su rechazo (castigo) o bien simplemente los ignora, sin prestarles demasiada atención ni darles demasiada importancia (refuerzo conversacional y otros).

En definitiva, las conclusiones derivadas del desarrollo y utilización del SISC-INTER-CVT no han hecho sino reforzar los planteamientos iniciales, tanto teóricos como metodológicos. En primer lugar, el manejo de datos independientes de la problemática individual del cliente o el estilo personal del psicólogo avala una concepción de la terapia alejada del uso de etiquetas diagnósticas y de manuales de tratamiento estandarizados, en favor del análisis funcional e individualizado de cada caso. Por otro lado, la distribución de las categorías de terapeuta y cliente respalda nuestra concepción del psicólogo como motor de cambio en la intervención y la decisión de iniciar el análisis de la interrelación terapéutica en su conducta. Así mismo, se corrobora la relevancia del contexto clínico como un contexto más de la vida del cliente, en el cual el terapeuta pone en marcha procesos de moldeamiento que generan comportamientos más adaptativos en el cliente. Estas conclusiones subrayan la utilidad de los trabajos basados en el estudio momento a momento de lo que ocurre en sesión, que nos permiten ampliar nuestro conocimiento sobre el proceso terapéutico, acercarnos a las claves del cambio en sesión y contribuir a una mejora de la calidad de los tratamientos psicológicos.

El SISC-INTER-CVT cerró una etapa en esta línea de investigación abriendo otra nueva. Si bien es cierto que la utilidad del sistema parece comprobada, también es cierto que su aplicación puso de manifiesto algunos problemas importantes, no sólo

relacionados con el propio sistema sino también con nuestra perspectiva teórica. El carácter meramente descriptivo, no funcional, de las denominadas “categorías estado” del SISC-INTER-CVT (instructora, informativa y motivadora) y un énfasis casi absoluto en el condicionamiento operante en detrimento de los procesos pavlovianos implicados en el lenguaje y la interacción verbal, suponían dos importantes limitaciones que debían ser subsanadas. Así, los siguientes pasos en la línea de investigación se encaminaron, por un lado, hacia un cambio en la estructura del sistema que eliminase las categorías descriptivas no funcionales y, por otro lado, hacia la incorporación de los procesos pavlovianos en la explicación de lo que sucede en terapia.

## **2. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA: CATEGORÍAS ENTERAMENTE FUNCIONALES.**

La naturaleza descriptiva de las categorías estado (instructora, informativa y motivadora) suponía un grave problema para una línea de investigación cuyo objetivo es realizar un análisis funcional de la interacción verbal en terapia. Dichas categorías organizaban las verbalizaciones del terapeuta atendiendo a su contenido, no a su potencial función, lo que las hacía poco útiles de cara al análisis funcional del discurso del terapeuta e impedía obtener conclusiones válidas acerca de la posible funcionalidad de su conducta verbal. Se hacía necesario subsanar esta limitación, desechar las categorías basadas en descripciones y reorganizar el sistema de tal manera que fuera completamente funcional.

La solución al problema empezó a tomar forma en el análisis llevado a cabo por Calero (2009) sobre la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. En dicho trabajo, la autora propone la categoría *función de preparación*, que incluye aquellas verbalizaciones del terapeuta que facilitan

la emisión de una determinada respuesta por parte del cliente. Dicha categoría podía tener diversas variantes en función del tipo de respuesta del cliente que se posibilitase: *función de preparación del discriminativo*, *función de preparación informativa* y *función de preparación motivadora*. Por ejemplo, la *función de preparación del discriminativo* hace referencia a las verbalizaciones que preceden a la categoría *función discriminativa* y aumentan la posibilidad de que tal función ocurra realmente, poniendo en lugar al cliente para que pueda contestar adecuadamente a este discriminativo. La *función de preparación* anticipó una idea que más tarde desarrollaría en profundidad de Pascual (2015), en su análisis sobre la motivación en terapia desde una perspectiva funcional. El autor propone el concepto de *operación de establecimiento/abolición* u *operación motivadora* como reformulación funcional de la antigua “función motivadora” del SISC-INTER-CVT. Partiendo de las propuestas de Michael (Laraway, Snyckerski, Michael y Poling, 2003; Michael, 1982, 1993), de Pascual define la *operación motivadora* como “un cambio en el ambiente o el organismo que, manteniéndose constantes los estímulos antecedentes, consecuentes y la respuesta, temporalmente altera las funciones de los estímulos y los parámetros de una respuesta aprendida para una secuencia determinada, tanto dentro de un esquema respondiente o pavloviano como dentro de un esquema operante”. En este sentido, las verbalizaciones motivadoras del SISC-INTER-CVT, es decir, *aquellas verbalizaciones del terapeuta que hacen referencia a las consecuencias de la actuación del cliente sobre el cambio, tanto cuando estas consecuencias sean positivas como cuando sean negativas*, pasan ahora a considerarse un tipo de operación motivadora u operación de establecimiento/abolición, adquiriendo de esta forma un carácter enteramente funcional.

También en relación con las modificaciones en la estructura del sistema, en el citado trabajo de Pascual propone un cambio fundamental a la hora de registrar las



verbalizaciones motivadoras del terapeuta, que es congruente con su conceptualización como operaciones motivadoras y termina con muchos de los problemas de las antiguas “categorías estado”: el concepto de *bloque motivador*. Aplicando el análisis secuencial para detectar relaciones de contigüidad entre las verbalizaciones motivadoras del terapeuta y otras verbalizaciones, el autor encontró que las relaciones más fuertes se daban con verbalizaciones del propio terapeuta (concretamente la *informativa* y la *instructora fuera de sesión*), que precedían y seguían a la verbalización motivadora con una probabilidad mayor de la esperable por azar (de Pascual, Linares y Froján, 2012). De este hallazgo surge el concepto de *bloque motivador* como un conjunto de verbalizaciones del terapeuta que, con distintas funciones potenciales y un mismo contenido, contextualizan o apoyan a la verbalización motivadora, la clarifican y le dan sentido. El planteamiento de *bloque motivador* ofrece, por tanto, una clara ventaja de cara al análisis del discurso del terapeuta: si utilizáramos la verbalización motivadora aislada para buscar secuencias verbales, nuestros hallazgos serían poco relevantes puesto que se estarían estableciendo relaciones de contigüidad entre verbalizaciones del terapeuta que, aunque sea con diferencias de matiz o de énfasis, están comunicando el mismo contenido y teniendo por lo tanto la misma función potencial como conjunto.

En este sentido, el concepto de bloque supone un antes y un después en la forma de registro, que no se limita únicamente a las verbalizaciones motivadoras, sino que es aplicable a las demás “categorías estado” y resuelve muchos de sus problemas. Basarnos en el contenido para agrupar varios tipos de verbalizaciones del terapeuta según su aparente función tiene una ventaja fundamental: hasta ahora, las “verbalizaciones estado” (instructora, informativa y motivadora) quedaban estrictamente fuera del análisis funcional del discurso del terapeuta en sesión, porque no estaban definidas según su aparente función, sino según su contenido. Al agruparlas según un criterio de orden

superior al de “verbalización”, creando un segmento de discurso del terapeuta con una determinada función potencial como nueva unidad de análisis, podemos devolver este contenido al análisis funcional (de Pascual, 2015).

Siguiendo estos planteamientos, se decidió reformular todas las categorías descriptivas del sistema en términos estrictamente funcionales y reordenarlas en función de su papel dentro de la secuencia funcional, así como introducir una categoría relacionada con procesos de tipo pavloviano de la que hablaremos en detalle más adelante. Así, por lo que se refiere a las verbalizaciones incluidas en la antigua categoría motivadora, se adopta la propuesta de de Pascual, según la cual las verbalizaciones motivadoras pasan a considerarse operaciones de establecimiento/abolición. Por lo que se refiere a las verbalizaciones pertenecientes a la antigua categoría informativa, su reconceptualización funcional nos lleva a definir las como otro tipo de operación de establecimiento/abolición, con capacidad para influir y modular diversos aspectos de los distintos componentes de la secuencia funcional. Las verbalizaciones pertenecientes a la antigua categoría instruccional, por su parte, pasan a incluirse dentro de la categoría discriminativa, puesto que su función esencial es la favorecer la aparición de determinadas respuestas operantes en los clientes. Así mismo, se adopta el registro por bloques, atendiendo a la frecuencia de éstos en lugar de a su duración.

El nuevo sistema quedaría, por lo tanto, de la siguiente manera:

**Tabla II.2.** Reformulación funcional del sistema de categorización de la conducta verbal de clientes y terapeutas.

Categorías conducta verbal del cliente	Función de respuesta	
	Estímulo antecedente	
	Función discriminativa	Función elicitadora
Categorías conducta verbal del terapeuta	Estímulo consecuente	
	Función de refuerzo	Función de castigo
	Operaciones de establecimiento/abolición	
	Verbalizaciones motivadoras	Verbalizaciones con información clínica

Por lo que se refiere al cliente, puesto que se considera que el terapeuta es el motor del cambio y se entiende que su discurso tiene una función discriminativa sobre la conducta del cliente, en el análisis ésta última tendrá siempre *función de respuesta*. Ahora bien, esto no implica que no se tome en consideración el contenido o naturaleza de las verbalizaciones del cliente cuando sea relevante para el análisis de la interacción en terapia (proporcionar o solicitar información, mostrar aceptación o desacuerdo, verbalizaciones de logro o fracaso, verbalizaciones de reacciones emocionales, verbalizaciones de bienestar o malestar, seguimiento o no seguimiento de instrucciones...)

Por lo que se refiere al terapeuta, las categorías de su conducta verbal sufren importantes modificaciones con respecto al anterior sistema de registro, empezando por su redefinición en términos funcionales y siguiendo con su reorganización de acuerdo con su papel dentro de la secuencia funcional:

- ***Categorías con función de estímulo antecedente***

- ***Función discriminativa:*** se mantiene la definición de la función discriminativa como aquellas verbalizaciones del terapeuta que dan pie a una conducta del cliente. Ahora bien, la función discriminativa no se limita ahora a las preguntas que formula el terapeuta para que el cliente las responda, sino que se amplía para dar cabida a las instrucciones del terapeuta, tanto para dentro como para fuera de sesión. Cuando el terapeuta emite una instrucción induce al cliente a llevar a cabo determinadas conductas -diferentes según el caso- que serán reforzadas posteriormente. Por tanto, han de considerarse verbalizaciones con una función potencialmente discriminativa e incluirse dentro de esta categoría.
  
- ***Función elicitoria:*** esta función no es exactamente nueva, sino la reformulación de la denominada “función evocadora” que aparecía en las primeras versiones del sistema. La función elicitoria hace referencia a aquellas verbalizaciones del terapeuta que desencadenan respuestas emocionales de cualquier tipo en el cliente, a través de posibles mecanismos pavlovianos. Esto incluye los emparejamientos que hace el terapeuta entre ciertos términos o expresiones con valencia aversiva o apetitiva y descripciones verbales sobre el cliente y/o su conducta. En el siguiente apartado hablaremos en profundidad y en detalle de este aspecto y de las razones que nos han llevado a recuperar y redefinir esta función dentro del sistema.

- ***Categorías con función de estímulo consecuente***

- ***Función de refuerzo***: se define como aquellas verbalizaciones del terapeuta que se producen inmediatamente después de una determinada conducta del cliente y expresan aprobación, acuerdo y/o aceptación de dicha conducta, pudiendo aumentar la probabilidad de que se repita en un futuro.
- ***Función de castigo***: se define como aquellas verbalizaciones del terapeuta que se producen inmediatamente después de una determinada conducta del cliente y expresan desaprobación, desacuerdo y/o rechazo de dicha conducta, pudiendo reducir la probabilidad de que se repita en un futuro.

- ***Categorías con función de operación de establecimiento/abolición***

- ***Verbalizaciones motivadoras***: como hemos comentado previamente, esta categoría surge de la reconceptualización en términos funcionales de la antigua “categoría motivadora”. Lo que define a las verbalizaciones motivadoras, más allá de la anticipación de las consecuencias positivas y/o negativas que tendrá la actuación del cliente sobre el cambio, es su potencial función como operaciones de establecimiento/abolición personalizadas, es decir, referidas específicamente al caso del cliente.
- ***Verbalizaciones con información clínica***: al igual que la anterior, esta categoría surge de la reformulación funcional de una de las categorías

estado del antiguo sistema, más concretamente, la categoría informativa. Las verbalizaciones con información técnica o clínica que emite el terapeuta pueden cumplir la función de operación de establecimiento/abolición generalizada, es decir, no centrada en el caso particular del cliente, y pueden alterar de diversas formas los distintos componentes de la secuencia funcional.

### **3. CAMBIOS EN LA EXPLICACIÓN DE LO QUE SUCEDE EN TERAPIA: INCORPORACIÓN DE LOS PROCESOS PAVLOVIANOS.**

A pesar de haber partido desde un primer momento de una base teórica asentada en el conductismo radical, tanto el sistema de categorías, como los distintos modelos y explicaciones que se han desarrollado a partir de su aplicación, apenas han tenido en cuenta los procesos de tipo pavloviano implicados en la interacción verbal en terapia y el cambio clínico. El énfasis casi exclusivo en los procesos operantes se ha reflejado en un vacío teórico y dificultades a la hora de explicar algunos de los resultados de nuestras investigaciones. Una de las principales dificultades con las que nos encontrábamos era explicar de qué manera podían influir las verbalizaciones que emite el terapeuta dentro de sesión en las conductas que el cliente lleva a cabo fuera de sesión. Por ejemplo, ¿cómo puede una verbalización como “muy mal”, emitida por el terapeuta tras la descripción verbal del cliente de alguna conducta problemática que ha llevado a cabo entre sesiones, llegar a ejercer un control, no ya sobre la descripción verbal del cliente en sesión, sino sobre la propia conducta que ha descrito y que tiene lugar fuera de sesión? ¿Cómo podemos explicar, en términos de aprendizaje, que las verbalizaciones emitidas por el terapeuta dentro de la clínica influyan en la probabilidad de aparición la conducta del cliente que se da fuera de la clínica?

En un principio, para responder a esta pregunta, nos interesamos por las investigaciones acerca de las relaciones conducta-conducta y el concepto de *correspondencia decir-hacer*. Dicha línea de investigación se interesa por la relación que se establece entre lo que un sujeto dice que va a hacer y lo que hace y entre lo que un sujeto hace y su informe verbal posterior, así como por las variables que afectan a la adquisición, mantenimiento y generalización de dicha relación (Baer, Detrich, y Weninger, 1988; Israel y O'Leary, 1973; Lima y Abreu-Rodrigues, 2010; Luciano, Herruzo, y Barnes-Holmes, 2001) La premisa general es que el ser humano es capaz de establecer una relación de correspondencia entre lo que dice y lo que hace, de tal manera que es posible influir en sus acciones a través del informe verbal que hace de ellas. En este sentido, el terapeuta puede modificar el comportamiento del sujeto sin intervenir directamente sobre él, actuando sobre la descripción que el sujeto hace de ese comportamiento. Así pues, cuando el terapeuta asocia verbalizaciones aversivas al relato que hace el cliente de su conducta fuera de la clínica, lo que presumiblemente estaría haciendo es castigar esa conducta de forma indirecta, sirviéndose de la relación de correspondencia que se establece entre el comportamiento del sujeto y la descripción verbal que hace de él. El concepto de *correspondencia decir-hacer* parece explicar de qué manera las verbalizaciones del terapeuta pueden influir sobre la conducta del cliente entre sesiones, pero lo cierto es que sólo sirve para denominar una parte de un fenómeno más general: el establecimiento de relaciones de equivalencia funcional y la transferencia de funciones entre las palabras y sus referentes. Ese es el fenómeno que, entre otras cosas, permite que el terapeuta influya en la conducta del cliente a través del lenguaje y de forma diferida en el tiempo. El término *correspondencia decir-hacer* sólo designa a una parte de dicho fenómeno, pero no lo explica. Si logramos explicar, en términos de aprendizaje, cómo se establecen las relaciones de equivalencia funcional y la transferencia de

funciones entre las palabras y sus referentes, seremos capaces de explicar cómo puede el terapeuta influir a través de lenguaje en la conducta del cliente fuera de la clínica.

El estudio del lenguaje es un campo con un interés innegable, sin embargo, la complejidad de este proceso ha condicionado el desarrollo de investigaciones y teorías que expliquen su desarrollo y adquisición. Si nos centramos en la perspectiva conductual, la que nos interesa dado el marco teórico en el que se sustenta esta investigación, encontramos que la mayor parte de la investigación del comportamiento verbal se ha explicado en términos operantes, con base en el reforzamiento de las operantes verbales elementales, y con un énfasis casi exclusivo en la conducta del hablante. Desde la célebre obra de Skinner *Verbal Behavior* (1957) hasta la reciente Teoría del Marco Relacional (TMR, Hayes et al., 2001), el énfasis operante, entre otras razones, ha desplazado a los procesos de condicionamiento clásico en la explicación del lenguaje, por ser considerados demasiado simples para dar cuenta de algo tan complejo. Ahora bien, aunque los modelos operantes del lenguaje tienen un valor incuestionable, especialmente en la explicación del mantenimiento de la conducta verbal por parte del emisor, presentan ciertas dificultades a la hora de explicar cómo se origina el lenguaje y cómo el oyente comprende lo que el emisor le trasmite. Una explicación completa del lenguaje debe incorporar tanto los procesos pavlovianos como los procesos operantes implicados en su origen, adquisición, desarrollo y mantenimiento. Como hemos comentado, las relaciones de equivalencia y la transferencia de funciones son fenómenos cuya explicación es necesaria para comprender de qué manera funciona el lenguaje y cómo puede influir sobre otras conductas. La TMR ha intentado explicar cómo se produce la transferencia de funciones con base en procesos de reforzamiento y, aunque nos ha ayudado a comprender cómo se mantiene dicha transferencia, puede tener dificultades para explicar cómo se origina. Necesitamos incluir



los procesos pavlovianos en esa explicación, algo que no es ni mucho menos novedoso, puesto que ya lo propuso Mowrer en 1954.

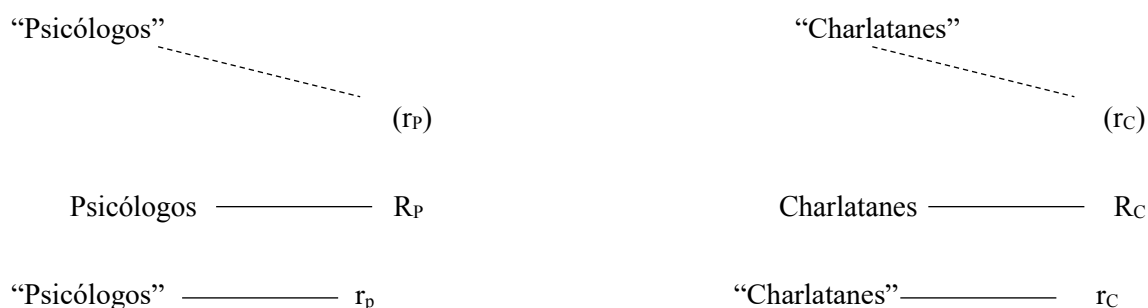
En el artículo “El psicólogo mira al lenguaje” (1954) Mowrer reflexiona acerca del escaso interés que había mostrado la psicología por el estudio del lenguaje hasta aquel momento y hace una serie de propuestas de gran valor sobre la naturaleza del lenguaje, su desarrollo y adquisición. Toda la propuesta de Mowrer descansa sobre un principio básico: la *equivalencia funcional* entre las palabras y sus referentes. Dicha equivalencia se establece durante el aprendizaje del lenguaje y no es más que el resultado de un proceso de condicionamiento clásico: un estímulo inicialmente neutro (la palabra) se presenta de forma repetida junto a otro estímulo condicionado o incondicionado (el referente) hasta que termina por asociarse a él y producir las mismas respuestas, o similares, en el sujeto. Dichas respuestas son lo que constituiría el *significado* de la palabra. Así pues, las palabras y sus referentes son funcionalmente equivalentes en el sentido de que provocan efectos similares en el sujeto. Efectos similares, no idénticos. Como en cualquier otra asociación pavloviana, la respuesta que produce el estímulo condicionado no es exactamente igual que la respuesta que produce el estímulo con el que se ha asociado, sino un componente de ésta que incluye algunos de sus elementos. Utilizando un ejemplo clásico, la palabra silla puede desencadenar en un sujeto una serie de respuestas similares a las que produce una silla real, pero nadie se sienta en la palabra silla.

Comprender la equivalencia funcional es necesario para entender la propuesta de Mowrer, pero no suficiente. El lenguaje humano no se limita a establecer relaciones entre referentes y palabras, sino que va más allá, estableciendo relaciones entre las propias palabras que afectan después a nuestra forma de responder ante sus referentes. Es esa característica del lenguaje humano la que nos permite, entre otras cosas, trascender el “aquí y ahora” y modificar nuestra respuesta ante realidades que no están presentes en el

momento en el que hablamos o con las que incluso nunca hemos tenido contacto. Lo que hace Mowrer es explicar, con base en procesos de condicionamiento clásico, cómo se transfieren significados de unas palabras a otras y cómo dicha transferencia de significados, o *transferencia de funciones*, llega a modificar nuestra forma de responder ante los referentes de dichas palabras.

Frente a la concepción ingenua del lenguaje como un medio a través del cual transferimos significados de una mente a otra mente, Mowrer propone una concepción del lenguaje como transferencia de significados de unos signos (palabras) a otros. Según el autor “para comunicarnos efectivamente con otra persona, se debe tener el significado del que estamos hablando y en el acto comunicativo estamos simplemente cambiando los signos a los que dichos significados particulares están ligados, cambiando o transfiriendo significados de unos signos a otros”. Para explicar cómo se produce dicha transferencia de significados, Mowrer apela únicamente a procesos de condicionamiento clásico. De acuerdo con su propuesta, la oración se considera un *dispositivo condicionado*, cuyo efecto principal consiste en producir nuevas asociaciones, un nuevo aprendizaje, al igual que cualquier otra presentación de estímulos aparejados. Así, en su forma más simple, la oración consta de dos unidades entre las que se establece una relación o asociación: un signo-sujeto y otro signo-predicado. Ambos signos de la oración tienen un significado concreto, es decir, producen una respuesta concreta como consecuencia de su asociación previa con sus respectivos referentes y son, en este sentido, estímulos condicionados. Lo que sucede durante la predicación es que, por un proceso de condicionamiento clásico de segundo orden, parte del significado del signo-predicado se transfiere al signo-sujeto, o lo que es lo mismo, parte de la respuesta provocada por el signo-predicado se asocia con la respuesta provocada por el signo-sujeto.

Tomemos como ejemplo la frase “Los psicólogos son unos charlatanes” para ilustrar paso a paso la propuesta de Mowrer<sup>2</sup>. En primer lugar, veamos cómo las palabras “psicólogos” y “charlatanes” adquieren su significado mediante un proceso de condicionamiento clásico de primer orden. Ambas palabras son estímulos neutros para cualquier sujeto cuando las oye por primera vez. A partir de su emparejamiento continuado con ciertas realidades en el contexto de nuestra comunidad lingüística (personas que se dedican a la psicología y personas que engañan o no dicen la verdad) terminan por asociarse a esas realidades, es decir, se transforman en estímulos condicionados y provocan respuestas ( $r_p$ ,  $r_c$ ) que son un componente o versión de las respuestas que provocan dichas realidades ( $R_p$ ,  $R_c$ ). O lo que es lo mismo, las palabras “psicólogos” y “charlatanes” se vuelven funcionalmente equivalentes a sus referentes:

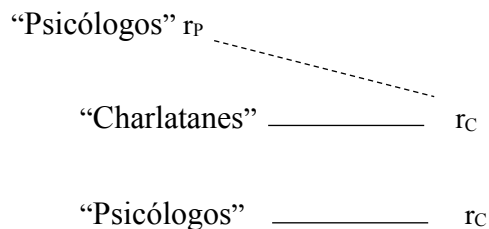


Como hemos comentado, la oración “Los psicólogos son unos charlatanes” funciona como un *dispositivo condicionado*, es decir, favorece la asociación entre el signo-sujeto “psicólogos” y el signo-predicado “charlatanes”. Acabamos de ver cómo ambas palabras se asocian a sus referentes en un proceso de condicionamiento pavloviano de primer orden, transformándose en estímulos condicionados y provocando una serie de respuestas ( $r_p$ ,  $r_c$ ) que constituyen su significado. Pues bien, lo que sucede con la oración “Los psicólogos son unos charlatanes” es que, al presentar la palabra “psicólogos”

<sup>2</sup> Siguiendo a Mowrer, omitiremos los artículos y la cópula de nuestro análisis, partiendo de la suposición de que, en una oración en presente de indicativo, no son esenciales (ver texto original del autor para una explicación detallada al respecto)

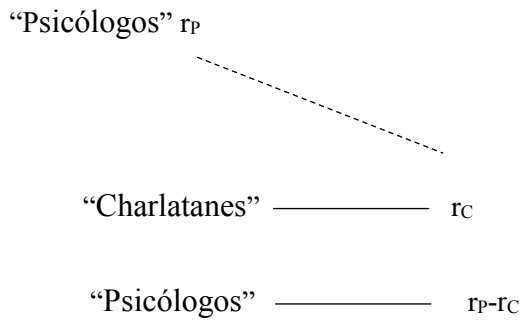
emparejada con la palabra “charlatanes”, ambos estímulos quedan asociados mediante un proceso de condicionamiento de segundo orden. Esta afirmación puede llevarnos a pensar que asociación entre “psicólogos” y “charlatanes” en la oración implica que el significado de la palabra “psicólogos”, es decir, la respuesta que provocaba dicha palabra ( $r_p$ ) se ve sustituida por el significado o respuesta provocada por “charlatanes” ( $r_c$ ). Si esto fuera así, ambas palabras terminarían por generar respuestas similares y se convertirían en algo parecido a sinónimos:

“(Los) psicólogos (son unos) charlatanes”



Sin embargo, no es eso lo que sucede durante la predicación. No cambiamos totalmente el significado de una palabra cada vez que la emparejamos con otra dentro de una oración. Las oraciones no implican un contracondicionamiento de las palabras porque, de ser así, el lenguaje terminaría siendo caótico y resultaría inútil para comunicarnos. El nuevo significado no reemplaza al anterior, sino que lo modifica uniéndose a él. Esto es lo que Mowrer, citando a otros autores como Osgood, denomina *respuesta mediadora*: ambos significados quedan vinculados, de tal manera que la respuesta generada por la palabra-sujeto adquiere algunos de los componentes de la respuesta provocada por la palabra-predicado. Volviendo a nuestro ejemplo, la respuesta provocada por la palabra-sujeto “psicólogos” en primer lugar ( $r_p$ ), se asocia en la oración a la respuesta provocada por la palabra-predicado “charlatanes” ( $r_c$ ). De esta manera, la respuesta que provoca la palabra “psicólogos” queda vinculada a (no sustituida por) la respuesta que provoca la palabra “charlatanes” ( $r_p$ - $r_c$ ):

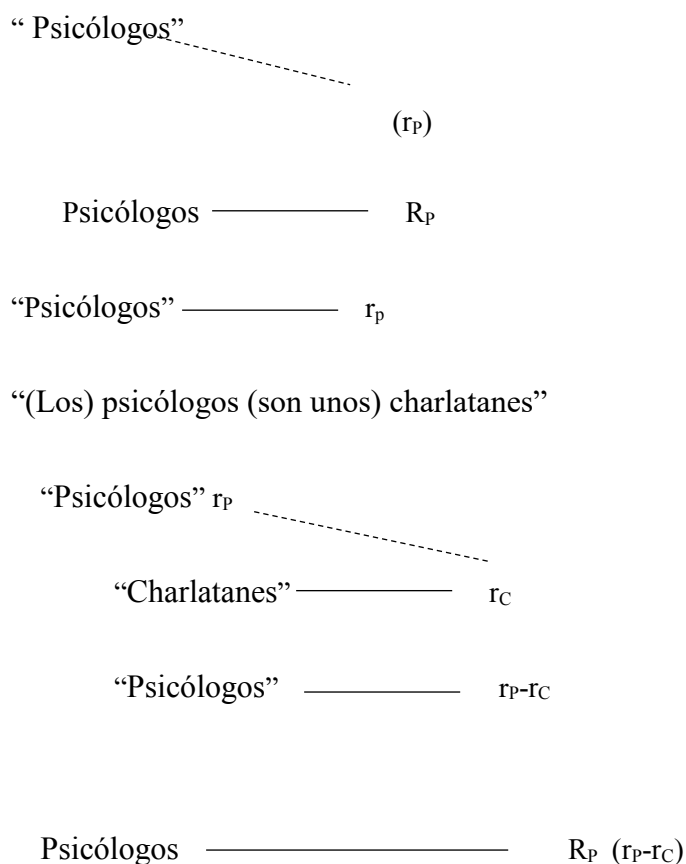
“(Los) psicólogos (son unos) charlatanes”



Este proceso es lo que hemos denominado previamente *transferencia de funciones*: nuestra respuesta ante la palabra “psicólogos” cambia, adquiriendo algunos de los componentes de la respuesta provocada por la palabra “charlatanes”. O, en otras palabras, el significado de “psicólogos” varía, tomando parte del significado de la palabra “charlatanes”, sin llegar a ser completamente sustituido por él.

Ahora bien, explicar cómo se asocian los significados de las palabras en la oración no es suficiente para explicar cómo opera el lenguaje. Tal y como afirma Mowrer, “si, como resultado de oír o escuchar una oración, la conducta de un individuo, en alguna ocasión futura, con respecto a alguna persona, cosa o evento no presente cuando la oración ocurrió, es diferente de lo que de otra manera habría sido, entonces puede decirse que esa oración se entendió y que ha funcionado efectivamente”. La característica más importante del lenguaje, y especialmente en lo que respecta a este trabajo, es su capacidad para influir en la conducta de las personas. No sólo nos interesa saber cómo cambia nuestra respuesta ante la palabra “psicólogos” cuando se asocia a la palabra “charlatanes” en una oración, nos interesa conocer cómo esa asociación se refleja en nuestra conducta hacia las personas que se dedican a la psicología. De acuerdo con el criterio de Mowrer, la frase “Los psicólogos son unos charlatanes” se habrá entendido y habrá funcionado efectivamente si, después de escucharla en repetidas ocasiones, nuestra conducta hacia los psicólogos varía y se asemeja más a la conducta que tenemos hacia los charlatanes

(sin necesidad de ser exactamente la misma). ¿Cómo puede la transferencia de funciones o significados entre palabras reflejarse en nuestra conducta hacia los referentes de dichas palabras? Pues precisamente porque, tal y como explicamos al comienzo, las palabras son funcionalmente equivalentes a sus referentes y dicha equivalencia funciona en ambos sentidos. Volviendo a nuestro ejemplo, dijimos que la respuesta que genera la palabra “psicólogos” ( $r_p$ ) es un componente de la respuesta que provocan las personas que se dedican a la psicología ( $R_p$ ). También afirmamos que, por su asociación con la palabra “charlatanes” en la oración, el significado de “psicólogos” quedaba conectado al significado de “charlatanes” ( $r_p-r_c$ ). Pues bien, dicha conexión y los cambios que implica se incorporan como componentes de la respuesta que provocan las personas que se dedican la psicología:



Las reacciones asociadas a la palabra “charlatanes” quedan de esta forma incorporadas a la respuesta que generan las personas que se dedican a la psicología. Esto sólo es posible gracias a la respuesta mediadora ( $r_P-r_C$ ). La respuesta que nos provocan las personas dedicadas a la psicología ( $R_P$ ) no podría generar nada relacionado con la respuesta vinculada a “charlatanes” ( $r_C$ ) si no fuera porque ésta última se ha vinculado en la oración al significado de la palabra “psicólogos” ( $r_P$ ), una respuesta que forma parte de  $R_P$ . Así, cuando nos encontremos frente a un psicólogo, éste suscitará en nosotros la respuesta  $R_P$ , de la cual  $r_P$  es un componente vinculado a  $r_C$  como consecuencia de su presentación aparejada en la oración. De esta manera  $R_P$  puede llegar a elicitar a  $r_C$ , es decir, a la reacción asociada a la palabra “charlatanes”. Dicha reacción, que es a su vez un componente de la respuesta generada por las personas que mienten y engañan ( $R_C$ ), nos llevará a actuar frente a los psicólogos de una forma similar a cómo actuamos frente a los charlatanes.

Asumir la propuesta de Mowrer nos permite incorporar los procesos pavlovianos al estudio de la interacción verbal en terapia y explicar cómo determinadas verbalizaciones del terapeuta pueden llegar a controlar la conducta del cliente fuera de la clínica, resolviendo de esta manera dos de los principales problemas con los que se encontraba la línea de investigación hasta el momento. La incorporación de la *Función elicitoria* al sistema de categorías es resultado directo de ello. Como comentamos en el apartado anterior, esta categoría hace referencia a aquellas verbalizaciones del terapeuta que desencadenan respuestas emocionales de cualquier tipo en el cliente a través de mecanismos pavlovianos, incluyendo los emparejamientos que hace el terapeuta entre ciertos términos o expresiones con valencia aversiva o apetitiva y descripciones verbales sobre el cliente y/o su conducta. Estos emparejamientos nos permiten explicar, partiendo de los mecanismos propuestos por Mowrer, cómo un terapeuta puede manipular el

significado y la valencia emocional de las palabras que se refieren a las conductas que lleva a cabo el cliente fuera de la clínica e influir de esta manera en dichas conductas. En el siguiente capítulo veremos la importancia que tiene la incorporación de los mecanismos pavlovianos para comprender cómo ejercen los terapeutas un control aversivo sobre las conductas desadaptativas o antiterapéuticas de sus clientes.



## **CAPÍTULO III**

### ***CONTROL AVERSIVO DE LA CONDUCTA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E INVESTIGACIÓN***

Los cambios teóricos y metodológicos que se han explicado detalladamente en el capítulo anterior han conducido a la realización de importantes cambios en todas las sublíneas de investigación derivadas del estudio de la interacción verbal en terapia. Entre ellas, la que se desarrolla en este trabajo, dedicada al estudio del control verbal aversivo. En este capítulo se hará un breve repaso sobre la evolución de la línea de investigación del control aversivo, desde las razones que han motivado su estudio hasta el desarrollo de sus fundamentos teóricos y metodológicos.

#### **1. TÉCNICAS AVERSIVAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: USO, CONTROVERSIA E INVESTIGACIÓN**

De todas las técnicas de modificación de conducta que se han ido desarrollando y aplicando en los diversos contextos de la psicología a lo largo del tiempo, las técnicas aversivas son, con toda probabilidad, las más polémicas. Los debates sobre su aplicación giran en torno a toda clase de aspectos, no sólo de tipo técnico o teórico, sino especialmente de tipo ético y deontológico. Debates en los que no sólo toman parte los psicólogos, sino todo tipo de profesionales y legos en psicología. Por lo general, el uso intencional y sistemático de técnicas aversivas, especialmente del castigo, se entiende

como un procedimiento a evitar, cuyo uso sólo está justificado en casos extremos y en los que ninguna otra alternativa es posible. Sin embargo, lo cierto es que las técnicas aversivas se han utilizado para eliminar comportamientos indeseados de toda índole desde las épocas más remotas. Su uso ha sido, y sigue siendo, muy generalizado y no es algo exclusivo de ningún nivel social o cultural determinado (Cáceres, 1990). No sólo los psicólogos las utilizan, incluso aunque lo hagan inadvertidamente, sino que su uso está profundamente arraigado en prácticamente todas las áreas de nuestra sociedad: la educación de los hijos, el rendimiento en entornos académicos y laborales, el control de la delincuencia, las campañas de prevención o incluso la simple conversación. No resulta difícil encontrar multitud de ejemplos cotidianos del uso, más o menos deliberado, de técnicas aversivas para intentar cambiar conductas disruptivas, ilegales o simplemente molestas: las reprimendas, ser suspendido de empleo y sueldo, las multas, la cárcel, las cajetillas de tabaco con mensajes o imágenes desagradables, un gesto de desagrado ante un comentario ofensivo...

Con todo, las actitudes hacia las técnicas aversivas son generalmente negativas y la conclusión más frecuente es que deben usarse siempre como último recurso (Martin y Pear, 1983; Miltenberger, 2013). Si nos centramos en el castigo, la técnica aversiva por excelencia y la que más atención ha recibido, la concepción predominante acerca de su aplicación puede resumirse en las siguientes ideas:

1. El castigo tiene multitud de consecuencias indeseables, como conductas agresivas, estados emocionales negativos, supresión generalizada de las respuestas, ruptura de las relaciones sociales, conductas de escape o evitación, etc. cuya trascendencia y gravedad superan a las de las posibles ventajas derivadas de su aplicación.

2. El castigo es ineficaz en la supresión de conductas, puesto que la conducta castigada suele aumentar en los contextos en los que el castigo no está presente y/o ser remplazada por otra conducta inapropiada.

3. El castigo no sólo supone malestar y humillación para el que lo recibe, sino que suele afectar negativamente al que lo aplica, pudiendo convertirlo en alguien sádico, cruel e insensible al sufrimiento ajeno.

Pues bien, ninguna de estas afirmaciones caracteriza los resultados obtenidos con procedimientos de castigo *adecuadamente administrados* (Johnston, 1985). Esto no significa que todo lo recogido en los tres puntos anteriores no suceda cuando se utiliza el castigo, sino que no se trata de consecuencias inherentes al uso del castigo, que se den inevitablemente con todo tipo de castigos, en todas las situaciones y con todos los sujetos. Lo mismo podría decirse del resto de técnicas de control aversivo. Tal y como afirma Leite Hunziker (2017), dentro del campo del análisis de la conducta, y de la psicología en general, se admiten como verdaderos una serie de *dogmas* acerca del control aversivo, de entre los que destacan que el control aversivo es ineficaz porque su efecto es solo transitorio y que el uso del control aversivo es perjudicial por sus efectos secundarios. En el trabajo de Leite Hunziker (2017) se analizan objetivamente estos dogmas, con apoyo en la literatura científica, mostrando que ninguno es totalmente cierto. El problema no reside en la utilización del control aversivo, ya sea en contextos clínicos o en cualquier otro contexto, sino en que su aplicación se haga o no de la forma correcta. Y eso es extensible a cualquier técnica o procedimiento terapéutico.

Tal y como recogen Lerman y Vorndran (2002) en su revisión sobre el uso del castigo como técnica de intervención para el tratamiento de los trastornos del comportamiento, son varias las razones que justifican el estudio del procedimiento de castigo y su adecuada aplicación en terapia de conducta:

- El castigo puede ser crítico para el éxito del tratamiento cuando las variables que mantienen la conducta no pueden ser identificadas o controladas (ver Axelrod, 1990; Iwata, Vollmer y Zarcone, 1990; Vollmer e Iwata, 1993).
- El uso del castigo puede ser preferible al de otros procedimientos cuando, para evitar daños físicos, la conducta problema debe ser suprimida con rapidez. (Dura, 1991; Iwata et al., 1994; Vollmer e Iwata, 1993).
- Diversos estudios apuntan a que los tratamientos basados en el análisis funcional pueden no ser eficaces en la reducción de la conducta a niveles clínicamente aceptables si no implican un componente de castigo (Grace, Kahng, y Fisher, 1994; Hagopian, Fisher, Sullivan, Acquistio y LeBlanc, 1998; Wacker et al., 1990).
- Es posible que algunos de los tratamientos más utilizados en la clínica a partir del análisis funcional, y que se asocian a otros procesos, en realidad estén reduciendo la conducta a través del mecanismo del castigo. De hecho, ciertos hallazgos apuntan a que algunas de las variantes procedimentales de la extinción pueden actuar como castigo en lugar de, o en combinación con, la extinción (Lerman e Iwata, 1996b; Mazaleski, Iwata, Rodgers, Vollmer, y Zarcone, 1994).
- Diversas variables del refuerzo que mantiene la conducta objetivo influyen en los efectos directos e indirectos del procedimiento de castigo, e interactúan con casi todas las variables que afectan a la conducta durante su aplicación (Flora, 2000). Estas interacciones tienen implicaciones clínicas importantes y han de ser tenidas en cuenta para optimizar los resultados del tratamiento, puesto que el uso del castigo

es habitual cuando no se pueden controlar todas las posibles fuentes de refuerzo o cuando la conducta es reforzante por sí misma (ver, por ejemplo, Lerman e Iwata, 1996b).

Así pues, si atendemos a lo extendido de su utilización, las creencias infundadas sobre su uso y la importancia de su correcta aplicación, no cabe duda de que las técnicas aversivas de modificación de conducta merecen una atención especial por parte de la investigación en psicoterapia. Sin embargo, las investigaciones sobre este tipo de intervenciones son escasas, especialmente en la actualidad, y se centran sobre todo en tratar de demostrar su eficacia o ausencia de ella, y no tanto en esclarecer los procesos implicados en su funcionamiento. De esta forma llegamos al estado de la cuestión hoy en día, que no es otro que una alarmante falta de conocimiento actualizado acerca de las técnicas de control aversivo de la conducta, cuáles son sus efectos, qué mecanismos implican, con qué variables interactúan y de qué modo lo hacen. Como consecuencia predominan toda una serie de prejuicios, a menudo carentes de base empírica, y no digamos experimental, pero ampliamente difundidos, que guían la actividad profesional de los psicólogos, ya sean investigadores, docentes o aplicados. De entre ellos destaca la identificación de las técnicas aversivas casi exclusivamente con el castigo físico y/o las conductas violentas, sin tener en cuenta el potencial del lenguaje para controlar la conducta también, aunque no únicamente, a través de mecanismos aversivos. Y es que la principal actividad que se lleva a cabo en sesión durante la terapia psicológica es, precisamente, la actividad verbal. El lenguaje es la principal herramienta del clínico para alcanzar sus objetivos, tanto los generales de la terapia (evaluar, explicar, intervenir), como los específicos de cada caso. En este sentido, y como veremos más en detalle a lo largo de este capítulo, el terapeuta puede ejercer -y de hecho ejerce, independientemente de si lo hace de forma deliberada o no- un control verbal (y a veces también aversivo) de

la conducta del cliente. De ahí la importancia de investigar sobre las estrategias que utilizan los terapeutas para el control verbal de la conducta de sus clientes, los procesos que explican el funcionamiento de dichas estrategias y las variables con las que interactúan. Los hallazgos que hagamos no sólo ampliarán nuestro conocimiento acerca de las técnicas aversivas y su funcionamiento, sino que podrán contribuir a una mejor formación de los psicólogos aplicados.

## **2. DEL ESTUDIO DEL CASTIGO VERBAL AL ESTUDIO DEL CONTROL VERBAL AVERSIVO**

El punto de partida de la línea de investigación del control verbal aversivo puede situarse en el estudio llevado a cabo por Ruiz (2011) acerca de la interacción verbal entre terapeuta y cliente, trabajo que dio lugar al SISC-INTER-CVT. Una de las hipótesis de partida en aquel estudio era que las verbalizaciones del cliente incluidas en el grupo de “antiterapéuticas” irían seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como “función de castigo”. Si bien la hipótesis se cumple, un análisis detallado de los resultados mostró que las verbalizaciones categorizadas como “fracaso” y “malestar” no sólo no disminuían al final de la terapia, sino que incluso se incrementaban. La autora proponía varias razones para explicar este aumento: el desarrollo de dependencia respecto a la terapia en las últimas fases de ésta, la competencia que supone el refuerzo externo de las verbalizaciones castigadas en terapia y la falta de sistematicidad en la aplicación del castigo por parte del terapeuta.

Tomando todo esto en consideración, y partiendo de los mismos supuestos teóricos y metodológicos que Ruiz, se abordó el estudio del castigo verbal en terapia. Por lo tanto, en sus inicios, la línea de investigación se centró únicamente en las

*verbalizaciones de castigo* del terapeuta -entendidas tal y como aparecen definidas en la categoría del mismo nombre del SISC-INTER-CVT- y en aquellas conductas del cliente que precedían inmediatamente a dichas verbalizaciones de castigo. Se estableció como objetivo determinar qué tipo de conductas del cliente eran castigadas por los terapeutas y qué efectos tenían dichos castigos en la conducta del cliente. En este sentido, la línea de investigación comenzó asumiendo una perspectiva enteramente operante, centrándose exclusivamente en el castigo verbal, sin tener en cuenta otras posibles formas de control aversivo de la conducta. Aquellos primeros trabajos procuraron interesantes hallazgos acerca del uso que hacían los terapeutas del castigo. Así se encontró que, en contra de lo esperado, el castigo apenas se aplicaba a las “verbalizaciones desadaptativas” del cliente, definidas como aquellas expresiones de malestar, dificultad o incapacidad del cliente con respecto a las distintas áreas problema identificadas durante la terapia, sino que se dirigía sobre todo a otro tipo de verbalizaciones y conductas que, por su forma o contenido, impedían o dificultaban la buena marcha de la terapia y/o la consecución de los objetivos terapéuticos (Froján et al., 2013). Así pues, el castigo verbal se mostró como un recurso utilizado por el terapeuta para regular la conducta del cliente, incidiendo en aquellos comportamientos que suponían un obstáculo en el proceso terapéutico.

Sin embargo, también se encontraron algunos resultados que resultaban difíciles de explicar en aquel momento. En primer lugar, encontramos que en ocasiones los terapeutas emitían verbalizaciones de castigo después de que los clientes informasen sobre la ejecución de alguna conducta antiterapéutica fuera de sesión, ya fuera alguna de las conductas problema que le habían llevado a terapia u otro tipo de conductas antiterapéuticas, como no llevar a cabo las tareas asignadas en la sesión anterior (Galván et al., 2014). Este hallazgo resultaba problemático, puesto que el análisis de las verbalizaciones ponía de manifiesto que aquellos supuestos castigos no iban dirigidos a

la conducta que se estaba dando en ese momento (i.e. informar sobre la ejecución de una conducta problema fuera de sesión) sino que iban dirigidos a una conducta que *no* se estaba dando en ese momento: la conducta problema sobre la que informaba el cliente. Además, el análisis de las sesiones sucesivas mostraba que, de hecho, algunas de esas conductas que se daban fuera de sesión disminuían o desaparecían. Por lo tanto, parecía que los terapeutas estaban “castigando” *en sesión* las conductas antiterapéuticas de los clientes que se daban *fuera de sesión*, sirviéndose para ello del informe verbal que los propios clientes hacían de ellas. De esta forma podían estar contribuyendo, de forma indirecta y diferida, a la disminución de dichas conductas antiterapéuticas. Igualmente, parecía claro que los terapeutas no estaban castigando las verbalizaciones de los clientes en las que éstos describían sus conductas inadecuadas, ya que ese tipo de verbalizaciones no disminuían a lo largo de la terapia.

Por otra parte, el análisis de las verbalizaciones de los terapeutas mostró que éstos a menudo emitían verbalizaciones que podían considerarse de castigo dado su carácter aversivo, pero no las utilizaban como castigos propiamente dichos, en el sentido de que no las aplicaban inmediatamente después de que el cliente emitiese alguna conducta antiterapéutica. Dichas verbalizaciones aversivas se insertaban en el discurso del terapeuta, generalmente acompañando a una descripción verbal que el propio terapeuta hacía de alguna de esas conductas antiterapéuticas, especialmente conductas que se daban fuera de sesión y ejemplos de verbalizaciones emitidas por el cliente que expresaban contenidos desadaptativos. Nuevamente, la observación de las siguientes sesiones mostraba que algunas de las conductas del cliente a las que hacían referencia tales verbalizaciones disminuían o desaparecían.

Parecía claro que aquellos “castigos” verbales indirectos y aquellas verbalizaciones aversivas del terapeuta tenían un papel importante en el control de las



conductas antiterapéuticas de los clientes, pero resultaba difícil explicar cuál era ese papel aludiendo únicamente a mecanismos operantes. Se hacía necesario ampliar el foco e incorporar los procesos pavlovianos al análisis y la explicación de lo que estaba sucediendo en terapia. Fue así como el estudio del castigo verbal pasó a convertirse en el estudio del control verbal aversivo en terapia. Como veremos, incluir los procesos pavlovianos no sólo permitió incorporar aquellas estrategias utilizadas por los terapeutas para reducir o eliminar conductas antiterapéuticas que hasta ese momento quedaban fuera del análisis, sino que también permitió explicar mejor cómo y por qué funcionaba el castigo verbal.

### **3. ESTUDIO DEL CONTROL VERBAL AVERSIVO: FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS**

De forma general, las técnicas de control aversivo de la conducta, incluido el control verbal aversivo, consisten en asociar una conducta y/o los estímulos que la provocan con algún tipo de estimulación desagradable, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de un comportamiento no deseado sean desagradables para el emisor de tal comportamiento. En ambos casos se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y los aspectos aversivos y que dicha conexión derive en un cese total del comportamiento a eliminar (Cáceres, 1990). Las explicaciones conductuales acerca de cómo funcionan las técnicas aversivas giran en torno a tres paradigmas:

### ***1. Condicionamiento clásico***

La teoría del condicionamiento clásico fue la primera en ser propuesta para explicar de qué forma operan las técnicas aversivas y aún goza de una amplia aceptación, si bien se asume que por sí sola es limitada. Según esta propuesta, las técnicas aversivas logran una disminución de la conducta indeseable como consecuencia de la asociación pavloviana entre algunos de los elementos del complejo estimular habitualmente presente durante dicha conducta -cuya función sería la de estímulo condicionado- y el estímulo aversivo que se utilice en cada caso -que tendría la función de estímulo incondicionado-. Dichos elementos terminan provocando respuestas de malestar similares a las provocadas por el estímulo aversivo, lo que reduce la probabilidad de que la conducta indeseable se lleve a cabo (aunque para explicar por qué sucede esto necesitamos hacer referencia a procesos operantes, más concretamente, necesitamos incorporar a la explicación las respuestas operantes de evitación/escape que emite el sujeto ante aquellas situaciones en las que están presentes los estímulos condicionados aversivamente). Por ejemplo, a mediados del siglo pasado eran habituales los tratamientos para el alcoholismo basados en la administración de sustancias inductoras del vómito, generalmente emetina o apomorfina, en presencia de bebidas alcohólicas (Lemere, Voegtlin, Broz, O'Hollaren y Tupper, 1942; Voegtlin, 1940; Voegtlin, Lemere, Broz y O'Hollaren, 1942). Se instruía al cliente para que fijase su atención en el color, el olor y/o el sabor del licor (estímulos condicionados) al mismo tiempo que experimentaba las náuseas producidas por la sustancia emética (estímulo incondicionado). De esta manera, después de numerosos ensayos de emparejamiento, la simple visión, olfato y/o gusto de las bebidas alcohólicas utilizadas durante el tratamiento terminaban por generar desagrado y rechazo en el cliente.

El condicionamiento clásico puede explicar cómo algunas de las técnicas aversivas más habituales pueden reducir conductas indeseables, pero sólo en parte.

Existen una serie de datos que esta teoría difícilmente puede acomodar, fundamentalmente la obtención de respuestas condicionadas resistentes a la extinción y fuera el control del paciente y la generalización masiva de los efectos del tratamiento desde la consulta al mundo exterior (Cáceres, 1990). Cuando se utilizan procedimientos basados exclusivamente en el condicionamiento clásico aversivo es habitual que, una vez cesan los ensayos de emparejamiento entre el estímulo condicionado y el incondicionado, los efectos del tratamiento desaparezcan con el tiempo como consecuencia de un proceso de extinción. Igualmente, los sujetos pueden llegar a controlar voluntariamente, e incluso desaprender, las respuestas condicionadas de aversión a través de la simple auto exposición al estímulo condicionado. Así, era habitual que los alcohólicos que habían sido tratados mediante el procedimiento antes descrito volvieran a beber pasados unos meses desde la finalización del tratamiento, bien porque el licor dejaba de producirles respuestas de rechazo con el paso del tiempo, bien porque ellos mismos volvían a beber a pesar del malestar hasta que éste desaparecía (Hammersley, 1957). Siguiendo con el mismo ejemplo, también podía suceder que los efectos del condicionamiento aversivo se limitasen únicamente a las bebidas presentes durante los ensayos y no se generalizasen al resto de licores (Lemere y Voegtlin, 1940; Quinn y Henbest, 1967) o, incluso, que el condicionamiento se circunscribiese a la situación de consulta y no se diera fuera de ella.

Estos fenómenos son especialmente acusados en aquellas conductas que son reforzantes por sí mismas, como las conductas sexuales consideradas indeseables o el consumo de alimentos muy calóricos, para las cuales el uso de técnicas basadas exclusivamente en el condicionamiento clásico aversivo es habitualmente ineficaz. Así pues, aparte del condicionamiento clásico, parece haber otros procesos implicados en la eficacia de las técnicas aversivas para la reducción de esas y otras conductas problemáticas.

## ***2. Condicionamiento operante: aprendizaje de evitación***

De acuerdo con este paradigma, la reducción o eliminación de la conducta indeseable se consigue a través de la asociación entre dicha conducta y una consecuencia aversiva, que el sujeto puede evitar dejando de hacer la conducta problema y/o llevando a cabo una conducta alternativa deseable. La ansiedad derivada de la anticipación del estímulo aversivo asociado a la conducta problema se convertiría en el estímulo discriminativo para llevar a cabo la respuesta operante de evitación de la conducta problema, impidiendo así la aparición de la consecuencia aversiva asociada a ella. La principal ventaja de este tipo de procedimiento es la resistencia a la extinción de las respuestas operantes de evitación, que no requieren de la presentación del estímulo aversivo para mantenerse en el tiempo. Al reducir la ansiedad derivada de la anticipación de dicho estímulo, las respuestas de evitación se convierten en reforzantes por sí mismas, a través de un proceso de reforzamiento negativo.

Un ejemplo clásico de intervención aversiva basada en el paradigma de aprendizaje por evitación es el trabajo llevado a cabo por Feldman y McCulloch (1964) para el tratamiento de sujetos homosexuales<sup>3</sup>. De forma muy simplificada, puesto que el procedimiento utilizado era mucho más complejo, estos autores comenzaban pidiendo al sujeto que ordenase en función de su atractivo una serie de fotografías de personas de su mismo sexo, vestidas y desnudas. A continuación diseñaban una jerarquía de imágenes de personas del sexo opuesto al del sujeto, que mezclaban con las anteriores formando pares. En una sala especial, se le proyectaban al sujeto las imágenes de las personas de su mismo sexo que había ordenado previamente y se le instruía para que las observase

---

<sup>3</sup> Deseamos aclarar que el uso del término “tratamiento” en referencia a la homosexualidad no implica, en ningún caso, que consideremos dicha orientación sexual como desviada, anormal o un trastorno del comportamiento que requiera de intervención para su modificación. Los ejemplos de “tratamiento” de la conducta homosexual incluidos en este trabajo se refieren a estudios realizados en su momento y tan sólo pretenden ilustrar el empleo de técnicas aversivas.

mientras las considerase sexualmente atractivas. Se le informaba también de que recibiría una descarga eléctrica durante ese periodo, pero que podía apretar un botón para retirar la diapositiva y con ello eliminar la posibilidad de descarga. Si cambiaba la diapositiva en los primeros ocho segundos evitaba la descarga, pero si continuaba contemplándola más tiempo recibía una descarga eléctrica a través de electrodos colocados en las piernas. Además, en un intento de condicionar la reacción de alivio de la ansiedad a las personas del sexo opuesto, estos autores introducían la diapositiva de una persona del sexo opuesto de forma contingente a la retirada de la imagen de la persona del mismo sexo (Cáceres, 1990). Estos autores llevaron a cabo uno de los estudios sobre la efectividad de este tipo de tratamientos para la homosexualidad con unos de los periodos de seguimiento más largos (46 semanas), comparando el procedimiento antes descrito con otro que denominaron “condicionamiento clásico”, en el que el paciente no podía retirar la imagen para evitar la descarga eléctrica, y un tercero que llamaron “psicoterapia”, que consistía en discusiones con los pacientes acerca de sus problemas sexuales y sus actitudes hacia el sexo opuesto (Feldman y McCulloch, 1964). El promedio de éxito obtenido en dicho estudio, entendido como ausencia de cualquier tipo de actividad homosexual durante el periodo de seguimiento, fue más alto que el de la mayoría de las investigaciones que han utilizado técnicas conductuales para el tratamiento de las entonces llamadas “desviaciones sexuales” (Rimm y Masters, 1980). La condición de aprendizaje por evitación fue la que más éxito tuvo, seguida de cerca por la de “condicionamiento clásico” y a una considerable distancia por la de “psicoterapia”, que resultó ser muy ineficaz. En todo caso, cabe hacer algunas críticas al procedimiento de aprendizaje por evitación de Feldman y McCulloch, como el hecho de asumir que la decisión de apretar un botón para eliminar una imagen y así evitar una descarga eléctrica implique un rechazo del atractivo de dicha imagen o la ausencia de una explicación sobre cómo las respuestas de alivio a la

ansiedad que trataban de asociar a las imágenes heterosexuales podían llegar a generar respuestas de excitación sexual (Cáceres, 1990).

### **3. *Condicionamiento operante: castigo***

El paradigma de castigo operante consiste en la aplicación de un estímulo aversivo y/o la retirada un estímulo apetitivo de forma contingente a la emisión de la conducta problema, lo que reduce la probabilidad de que se repita en el futuro. El castigo se utiliza habitualmente en intervención, ya sea de forma aislada (reprender a un cliente que no ha hecho las tareas asignadas, poner a un niño en “tiempo fuera”...) ya sea como componente de un programa combinando de contingencias tipo economía de fichas.

Tal y como expusimos en el apartado anterior, una correcta aplicación del castigo puede ser crítica para el éxito del tratamiento (Lerman y Vondran, 2002), lo que implica prestar atención a tres aspectos fundamentales a la hora de utilizarlo:

- El castigo debe aplicarse sistemáticamente, siguiendo a cada una de las apariciones de la conducta problema de forma contingente y lo más inmediata posible (Azrin y Holz, 1966). Es especialmente importante que la conducta sea castigada en todos los contextos en los que se produzca, o de lo contrario el sujeto aprenderá rápidamente a discriminar aquellos contextos en los que puede llevar a cabo la conducta indeseable sin recibir castigo, disminuyendo la eficacia de éste.
- Los efectos positivos de la aplicación del castigo se ven potenciados cuando, además de castigar la conducta inadecuada, ofrecemos al sujeto una respuesta reforzada alternativa (Azrin y Holz, 1966), con una función similar a la conducta problema. El castigo por sí solo puede enseñar al sujeto a no llevar a cabo una conducta, pero no sirve para instaurar conductas nuevas que sustituyan a la

conducta castigada. Por esta razón es de suma importancia ofrecer alternativas deseables al sujeto.

- Es especialmente importante evaluar la posible existencia de refuerzos que entren en competencia con el castigo y, en la medida de lo posible, eliminarlos para que no interfieran o bloqueen sus efectos. Así mismo, hay que tener especial cuidado a la hora de escoger los estímulos que se van a utilizar como castigo, porque en ocasiones pueden funcionar como reforzadores (por ejemplo, cuando se expulsa a un alumno que habla en clase sin tener en cuenta que librarse de la lección puede ser sumamente apetitivo para él).

Los procedimientos de castigo positivo son, con toda probabilidad, los más frecuentemente utilizados cuando se trata del control aversivo de la conducta, no sólo en ámbitos clínicos sino en prácticamente todos los ámbitos de la sociedad. Por esta razón es tan habitual reducir las técnicas de control aversivo únicamente al castigo, dejando de lado los procedimientos basados en el condicionamiento clásico o el aprendizaje por evitación. Sin embargo, lo cierto es que en la práctica los tres paradigmas suelen coexistir. Salvo excepciones, la gran mayoría de los estímulos utilizados como castigo adquieren sus propiedades aversivas a través de procesos de condicionamiento clásico. Del mismo modo, es habitual que la reducción de la conducta obtenida a través de la aplicación del castigo se mantenga fuera del contexto de la clínica como consecuencia procesos pavlovianos y/o del aprendizaje por evitación. Tal y como afirma Mowrer (1960), el condicionamiento clásico del miedo a la estimulación interna producida por la respuesta castigada es la base del castigo.

Centrémonos ahora en el control verbal aversivo en terapia, es decir, en la utilización por parte del terapeuta de verbalizaciones con un carácter aversivo para reducir

o eliminar ciertas conductas del cliente. El control verbal aversivo implica tanto procesos pavlovianos como operantes, aunque de distinta forma en función de cómo se utilice. Como se explicó en el apartado anterior, el análisis de las verbalizaciones de los terapeutas ha mostrado que éstos utilizan las verbalizaciones aversivas de distintas maneras, fundamentalmente a) de forma contingente a la emisión de conductas antiterapéuticas por parte del cliente en sesión, b) asociadas a la descripción verbal por parte del cliente de la emisión *fuera de sesión* de conductas antiterapéuticas y c) asociadas a descripciones verbales que hace el propio terapeuta de las conductas antiterapéuticas del cliente.

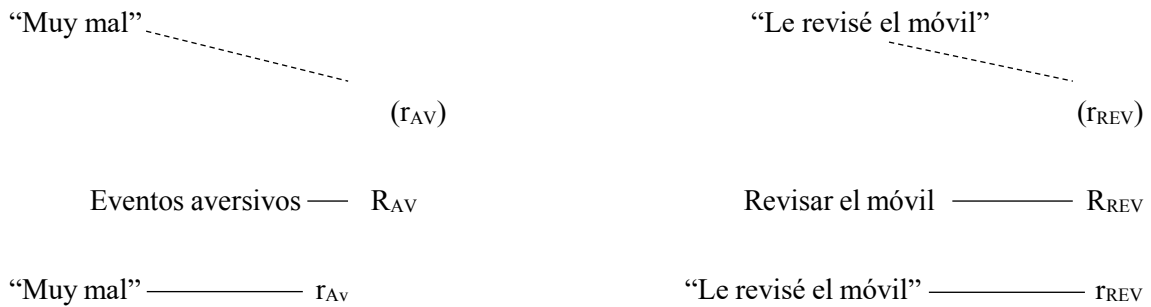
El primer caso es un ejemplo claro de control aversivo operante. El terapeuta castiga verbalmente las conductas antiterapéuticas que emite el cliente en sesión, reduciendo su probabilidad de aparición en el futuro. Ahora bien, también hay procesos pavlovianos implicados en este uso del control verbal aversivo. Las palabras utilizadas por los terapeutas como castigos han adquirido su valor aversivo a través de su asociación con estímulos y eventos aversivos a lo largo de nuestra historia de aprendizaje, puesto que ninguna verbalización es aversiva o apetitiva *per se*. Por ejemplo, la expresión “muy mal”, un estímulo que en principio es neutro, adquiere su carácter aversivo a través del emparejamiento y asociación entre dicha verbalización y diversos estímulos, respuestas, acontecimientos y/o escenarios aversivos en los cuales esa verbalización a menudo está presente (regañinas, desaprobación, errores, vergüenza...). El emparejamiento hace que algunas de las propiedades aversivas de esos estímulos, respuestas, escenarios... se transfieran a la verbalización “muy mal”. Así, mediante un proceso de condicionamiento clásico, “muy mal” se convierte en un estímulo condicionado aversivamente y en un castigo potencial si se verbaliza de forma contingente a una conducta concreta.



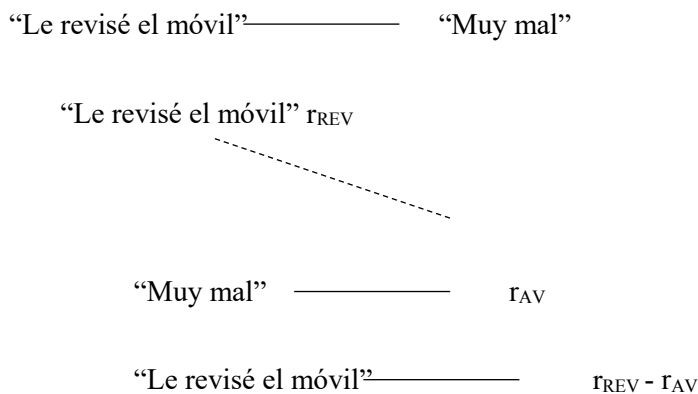
Los otros dos casos se diferencian del anterior en un aspecto muy importante. Las conductas que el terapeuta trata de someter a control verbal aversivo no están sucediendo en ese momento y lugar. El terapeuta asocia verbalizaciones aversivas a *descripciones verbales de conductas que suceden fuera de sesión*, descripciones que puede hacer el cliente o el propio terapeuta, pero que no son las conductas problema en sí mismas. La única forma de explicar cómo las verbalizaciones que emite el terapeuta dentro de sesión pueden llegar a controlar aversivamente las conductas que emite el cliente fuera de ella es incluyendo los procesos pavlovianos en la explicación. Retomaremos aquí la propuesta mediacional de Mowrer (1954), que explicamos detalladamente en el capítulo anterior. La propuesta de Mowrer, asentada en los conceptos de equivalencia funcional y transferencia de funciones, nos permitía explicar cómo el lenguaje es capaz de alterar nuestras respuestas ante determinadas realidades a través de mecanismos pavlovianos. En este sentido, la propuesta de Mowrer puede dar cuenta de cómo las verbalizaciones aversivas del terapeuta, asociadas a descripciones verbales de las conductas problema, pueden llegar a afectar a las conductas problema propiamente dichas.

Tomemos como ejemplo la siguiente situación: el terapeuta verbaliza “muy mal” después de que su cliente le cuente que ha revisado a escondidas los mensajes del móvil de su pareja en busca de pruebas de infidelidad. Ya hemos explicado cómo “muy mal” adquiere propiedades aversivas a través de su asociación pavloviana con determinados estímulos y situaciones aversivas. Dicho proceso de asociación convierte a la verbalización “muy mal” en funcionalmente equivalente a esos eventos aversivos, desencadenando en el sujeto respuestas similares ( $r_{AV}$ ) a las provocadas por dichos eventos ( $R_{AV}$ ). Lo mismo sucede con la acción de revisar los mensajes del móvil y la descripción verbal de dicha acción. A través de su emparejamiento continuado en el seno

de nuestra comunidad lingüística, las palabras que describen la acción de revisar el móvil se vuelven funcionalmente equivalentes a la acción propiamente dicha.

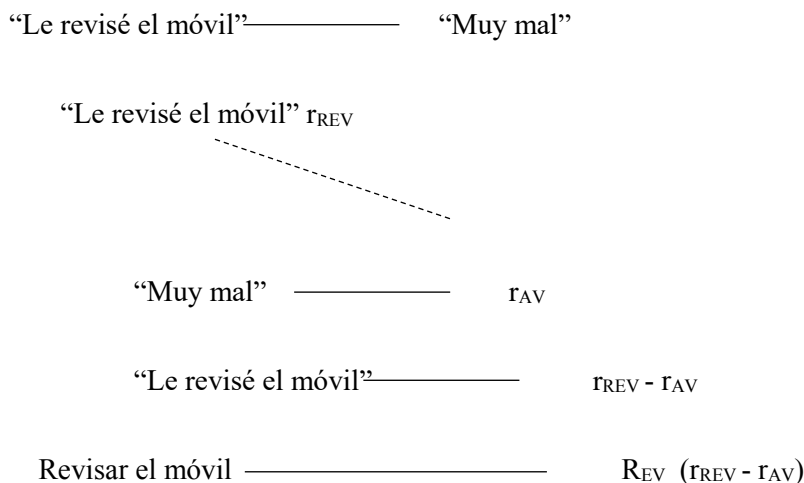


Cuando el terapeuta dice “muy mal” después de que el cliente verbalice que ha revisado el móvil de su pareja, está favoreciendo el desarrollo de una asociación entre ambas verbalizaciones. Los significados de ambas (i.e. las respuestas que generan) quedan vinculados mediante un proceso de condicionamiento de segundo orden. El significado de la expresión “le revisé el móvil” cambia por su asociación con la verbalización “muy mal”, adquiriendo parte de su valencia aversiva. Así, la respuesta generada por la descripción verbal de la acción de revisar el móvil a su pareja pasa a implicar componentes aversivos para el sujeto.



Como explicamos, la descripción verbal de la acción de revisar el móvil es funcionalmente equivalente a la acción en sí misma y dicha equivalencia opera en ambos sentidos. Esto implica que los cambios que se producen en el significado de la expresión “le revisé el móvil” como consecuencia de su asociación con la verbalización “muy mal”

( $r_{REV} - r_{AV}$ ) se transfieren a la propia acción de revisar el móvil. La conducta de revisar el móvil adquiere así un carácter aversivo para el cliente, es decir, se transforma en un estímulo condicionado capaz de generar una respuesta condicionada con componentes de malestar.



Además, el terapeuta puede valerse de distintas configuraciones verbales para reforzar esa asociación. No podemos dejar de insistir en que lo importante no es la forma de las verbalizaciones sino su función. Da igual cómo se describa la acción (le revisé el móvil, le miré los mensajes, coger el móvil de tu pareja para revisar sus mensajes, espiarle el teléfono a tu novio/a...) y qué expresiones aversivas se utilicen (muy mal, fatal, mal hecho...), puesto que se trata de verbalizaciones funcionalmente equivalentes. Cuando el terapeuta dice "muy mal" después de que el cliente diga "le revisé el móvil" está estableciendo el mismo tipo de asociación entre una conducta inadecuada y un estímulo aversivo que cuando dice "coger el móvil de tu pareja para revisar sus mensajes está fatal".

Aplicando los postulados de Mowrer podemos explicar de qué forma el terapeuta puede influir sobre las conductas que el cliente lleva a cabo fuera de la clínica. Podemos explicar, con base en procesos de condicionamiento clásico, cómo el terapeuta puede utilizar el lenguaje para que conductas que en un principio tenían una valencia neutra o

incluso reforzante pasen a ser estímulos condicionados aversivamente y provoquen respuestas de malestar en el sujeto. Ahora bien, si detuviéramos la explicación aquí aún nos faltaría aclarar un aspecto importante, y es que hemos explicado cómo la conducta objetivo adquiere una valencia aversiva, pero no cómo eso desemboca en su reducción o eliminación fuera de la clínica. Como dijimos, en la práctica los distintos paradigmas sobre el control aversivo se combinan e interactúan para dar lugar a la reducción de la conducta. El paradigma de condicionamiento clásico nos sirve para explicar cómo, a través del lenguaje, una conducta puede llegar provocar una respuesta de malestar o rechazo. Sin embargo, para explicar cómo eso desemboca en la reducción o desaparición de dicha conducta y su mantenimiento a lo largo del tiempo debemos incorporar a la explicación el paradigma de aprendizaje operante por evitación. Como explicamos, de acuerdo con este paradigma, la reducción o eliminación de la conducta se consigue a través de su asociación con una consecuencia aversiva, que en este caso sería la respuesta de malestar asociada a la conducta problema, que el sujeto puede evitar no llevando a cabo la conducta o llevando a cabo una conducta alternativa deseable. La ansiedad asociada a la anticipación de dicho malestar funcionaría como estímulo discriminativo para que el sujeto pusiera en marcha la conducta operante de evitación. De esta manera la evitación reduce la ansiedad y se mantiene en el tiempo por un proceso de reforzamiento negativo. Este tipo de aprendizaje garantiza que la reducción o eliminación de la conducta se mantenga en el tiempo, incluso aunque el sujeto no llegue a entrar en contacto con las consecuencias aversivas asociadas a ella, es decir, sin necesidad de que el malestar anticipado por el sujeto llegue a darse. La conducta de evitación promueve la incubación de la ansiedad anticipatoria, impidiendo su extinción, y se refuerza negativamente por la reducción de dicha ansiedad. Mientras el sujeto siga evitando y no lleve a cabo la conducta, la ansiedad anticipatoria seguirá produciéndose y discriminando

respuestas de evitación, que seguirán siendo reforzadas por la reducción de dicha ansiedad (además de por la consecución de los objetivos terapéuticos). Retomando el ejemplo anterior, ahora que la conducta de revisar el móvil ha adquirido componentes aversivos, el cliente evitará revisar el móvil de su pareja. Ni siquiera será necesario que experimente el malestar asociado a la realización de la conducta, la ansiedad asociada a la anticipación de ese malestar será suficiente. La evitación (i.e. no revisar el móvil) se verá reforzada negativamente por la reducción de dicha ansiedad anticipatoria y provocará su incubación, impidiendo que llegue a extinguirse. De esta manera, la conducta de evitación se mantendrá en el tiempo y el sujeto dejará de revisar el móvil de su pareja.

**PARTE II**  
**ESTUDIOS EMPÍRICOS**

## CAPÍTULO IV

### ***ESTUDIO EMPÍRICO I: Desarrollo y aplicación de un sistema de categorización del control verbal aversivo en terapia: análisis descriptivo de los resultados***

#### **1. INTRODUCCIÓN**

El objetivo general de esta tesis es investigar de qué forma utilizan los terapeutas el control verbal aversivo en sesión y cómo se relaciona éste con las conductas antiterapéuticas de los clientes. En los capítulos previos hemos explicado en detalle los hallazgos, conceptos y desarrollos teóricos que nos han llevado a plantearnos este objetivo y a llevar a cabo esta investigación. Partimos de la base de que el cambio clínico puede explicarse atendiendo a los procesos de aprendizaje que tienen lugar durante el tratamiento, procesos que son catalizados a través de la interacción verbal entre terapeutas y clientes. Entre esos procesos de aprendizaje se encuentran, entre otros, el castigo (proceso operante) y el condicionamiento y contracondicionamiento aversivos (procesos pavlovianos), que favorecen la reducción o eliminación de aquellas conductas que obstaculizan o impiden alcanzar los objetivos de la terapia. Durante las sesiones, el terapeuta utiliza ciertas expresiones, tonos de voz o configuraciones de palabras que llevan al cliente a establecer asociaciones entre sus propias conductas y estímulos que le resultan aversivos, favoreciendo así la reducción o eliminación de dichas conductas tanto dentro como fuera de sesión. En este sentido, asumimos la propuesta mediacional de Mowrer (1954) que permite explicar de qué forma el lenguaje puede modificar nuestra

conducta en contextos espaciotemporales remotos, incluso ante estímulos con los que nunca hemos interactuado antes, a través de las asociaciones de tipo pavloviano que se establecen entre las palabras y las realidades a las que hacen referencia y entre esas palabras y otras palabras. Así, el terapeuta puede utilizar lo que dice en sesión para influir en la conducta del cliente fuera de sesión y modificar sus reacciones ante distintos estímulos y situaciones, aunque no estén físicamente presentes en ese momento.

Por lo tanto, consideramos que el terapeuta puede controlar y, de hecho, controla aversivamente la conducta del cliente a través del lenguaje, en algunos casos de manera más consciente y planificada, en otros casos de forma más espontánea y desestructurada. Y es que también entendemos que los procesos de aprendizaje que tienen lugar durante la terapia, y que pueden explicar el cambio clínico, suceden independientemente del modelo teórico y de intervención del terapeuta. Así, aunque el terapeuta no parta de un modelo conductual y tenga poco o nada en cuenta los procesos de aprendizaje en su abordaje del caso, estos procesos siguen dándose y pueden explicar los cambios en el cliente. Indudablemente, habrá diferencias formales entre los distintos modelos de intervención que afectarán a la dinámica de dichos procesos. Investigar esas diferencias puede ser sumamente interesante, pero consideramos que a un nivel funcional todos los modelos de intervención operan de acuerdo con los mismos procesos.

Todo lo anterior, unido a los prejuicios y falsas creencias que aún hoy rodean al uso del control aversivo para la modificación de conducta, nos llevan a plantear la presente investigación. Cuanto más sepamos acerca del uso que hacen los terapeutas del control verbal aversivo y cómo se relaciona éste con la conducta del cliente, mejor uso podremos hacer de esta herramienta, potenciando sus ventajas, reduciendo sus inconvenientes, contribuyendo a diseñar mejores intervenciones y desterrando los mitos que la rodean e



impiden el desarrollo de una verdadera psicología científica, basada en la investigación y la evidencia y no en opiniones y creencias.

En este capítulo se presenta el primer paso en el abordaje de nuestro objetivo general, que comenzó con el desarrollo de un sistema de categorización que permitiera dar cuenta, por una parte, de las verbalizaciones del terapeuta con potencial función de control aversivo y, por otra parte, de las conductas del cliente contrarias a los objetivos de la terapia (tanto generales como específicos). Como se explicará más en detalle a continuación, para la construcción del sistema de categorización se tuvieron en cuenta los últimos avances del grupo de investigación en cuanto a la incorporación de los procesos pavlovianos en la explicación de la interacción verbal terapeuta-cliente y el cambio clínico dentro y fuera de sesión. Una vez finalizada la construcción y depuración del sistema, se utilizó para la observación, registro y categorización de varias decenas de sesiones de terapia procedentes de diferentes casos, terapeutas y modelos de intervención para 1) hacer un primer análisis descriptivo general de la forma en la que los terapeutas utilizan el control verbal aversivo en terapia y 2) estudiar si existe una tendencia a la disminución en la frecuencia de los distintos tipos de verbalizaciones aversivas del terapeuta y en la frecuencia de las distintas clases de conductas antiterapéuticas de los clientes a lo largo de la terapia, desde el momento en el que se establecen los objetivos de ésta. Es de esperar que el uso del control verbal aversivo por parte del terapeuta vaya disminuyendo según se van alcanzando los distintos objetivos terapéuticos y que su aplicación -junto con el resto de los procesos de aprendizaje puestos en marcha por el terapeuta para alcanzar los objetivos de la terapia- se refleje en una disminución de la frecuencia de las conductas antiterapéuticas del cliente a lo largo de las sesiones.

## 2. MÉTODO

### 2.1. *Participantes*

Para llevar a cabo tanto este estudio empírico como los que se presentan en los dos capítulos posteriores, se analizaron las grabaciones de 58 sesiones de terapia completas pertenecientes a 4 casos de diferentes problemas psicológicos, tratados por 3 terapeutas con diferentes niveles de experiencia clínica. Del total de 58 sesiones, 26 procedían de 3 casos de terapia individual con adultos abordados desde el modelo conductual por dos profesionales del *Instituto Terapéutico de Madrid* (Madrid, España), mientras que las otras 32 sesiones correspondían a un caso de terapia individual con un adolescente abordado desde el modelo AIT (*Adolescent Identity Treatment*, Foelsch et al., 2014) por un profesional del *Instituto Médico Schilkrut* (Santiago de Chile, Chile). En la Tabla IV.1 se describen en detalle las características de la muestra.

En todos los casos, para la grabación y análisis de las sesiones, se contó con el consentimiento informado tanto de los terapeutas como de los clientes, así como de las direcciones de los centros en los cuales tuvieron lugar las terapias. En el caso particular del cliente menor de edad también se obtuvo el consentimiento informado y la autorización de sus tutores legales. En el Anexo B se adjunta uno de los modelos de consentimiento informado utilizados en esta investigación. Así mismo, se desarrolló un sistema de codificación y almacenamiento, tanto de las grabaciones como de los registros y posteriores análisis de datos, con la finalidad de proteger la intimidad de los clientes y garantizar la confidencialidad de sus datos, procedimiento autorizado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI-UAM).

**Tabla IV.1.** Características de la muestra.

<i>Características del caso</i>		<i>Características del terapeuta</i>			<i>Características del cliente</i>	
<i>Caso</i>	<i>Número de sesiones</i>	<i>Sexo y edad</i>	<i>Años de experiencia</i>	<i>Modelo de intervención</i>	<i>Sexo y edad</i>	<i>Problema</i>
1	10	Mujer, 45	16	Conductual	Mujer, 32	Problemas con la pareja y la familia política
2	8	Mujer, 44	15	Conductual	Mujer, 36	Crisis de ansiedad asociadas a diversos contextos
3	8	Varón, 32	6	Conductual	Varón, 42	Bajo estado de ánimo
4	32	Mujer, 25	3	AIT	Mujer, 14	Difusión de identidad

## 2.2. *Variables e Instrumentos*

### Variables

Partiendo de trabajos anteriores del grupo de investigación acerca de la conducta verbal de terapeutas y clientes durante la terapia (Froján et al., 2011), de los hallazgos previos del equipo acerca del uso de verbalizaciones punitivas en sesión (Froján et al., 2013; Galván et al., 2014) y del concepto de bloque motivador desarrollado por de Pascual (2015), se puso el foco sobre la conducta verbal aversiva del terapeuta y la conducta antiterapéutica del cliente. De esta forma se delimitaron 8 categorías de conducta verbal del terapeuta y 3 categorías de conducta del cliente. Dichas categorías, cuya definición y proceso de obtención se explican en detalle más adelante, conforman las variables estudiadas en este trabajo.

### Instrumentos

Las sesiones del *Instituto Terapéutico de Madrid* se grabaron a través de un circuito cerrado de cámaras instalado en el centro, mientras que las sesiones del *Instituto Schilkrut* se obtuvieron con una cámara portátil de vídeo instalada en la consulta.

La categorización de la conducta de terapeutas y clientes se llevó a cabo mediante el Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT), instrumento cuyo proceso de desarrollo se explica detalladamente en el siguiente apartado y que puede encontrarse íntegramente en el Anexo A

La observación, registro y categorización de la conducta de terapeutas y clientes, así como algunos de los análisis de datos, se realizó utilizando el programa informático The Observer XT 12.5 (Noldus®). Ese mismo programa se utilizó también para el cálculo del porcentaje de acuerdo y la estimación de la fiabilidad intra- e inter-jueces de los registros, así como para algunos de los análisis descriptivos de datos.

Para el resto de los análisis descriptivos de los datos se utilizaron el programa Excel 2016 (Microsoft ®) y el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 24 (IBM®).

### **2.3. Procedimiento**

La primera fase de este estudio consistió en la construcción de un sistema de categorización de la conducta de terapeutas y clientes que permitiera analizar de qué forma usan los clínicos el control verbal aversivo y cómo se relaciona éste con las conductas antiterapéuticas de los clientes. Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía existente acerca del lenguaje desde una perspectiva conductual, el control verbal de la conducta, el condicionamiento aversivo y las técnicas de modificación de conducta

derivadas de él. Así mismo, tomamos en consideración las bases teóricas y metodológicas de otros estudios del equipo acerca de los distintos aspectos de la interacción verbal entre terapeuta y cliente desde una perspectiva funcional (ver, por ejemplo, Calero et al., 2011; Marchena et al., 2013; Vargas y Pardo, 2014; Moreno et al., 2015, de Pascual, 2015; Ruiz et al., 2015), así como los hallazgos previos del grupo de investigación sobre el uso de verbalizaciones punitivas por parte de los terapeutas y de su relación con la verbalizaciones antiterapéuticas de los clientes (Froján et al., 2013; Galván et al., 2014).

Teniendo en cuenta toda esta información, un observador experto en terapia de conducta y con más de seis años de experiencia en la observación, registro y categorización de la conducta verbal de terapeutas y clientes en sesión (de ahora en adelante, Observador 1) llevó a cabo una primera observación asistemática para elaborar una propuesta inicial de categorización, para lo que contó también con el asesoramiento de varios expertos en intervención conductual y elaboración de sistemas de categorización de la conducta verbal.

Una vez finalizada esta fase y obtenida la primera versión del sistema de categorización, se procedió a su puesta a prueba y depuración. Para ello se contó con un segundo observador, también experto en terapia conductual y entrenado en el registro y categorización de la conducta verbal en contextos clínicos (Observador 2). Utilizando la herramienta informática The Observer XT 12.5, ambos observadores fueron registrando las mismas sesiones de terapia por separado, para después poner en común los registros, calcular el porcentaje de acuerdo y el Coeficiente Kappa de Cohen y discutir los desacuerdos. Durante ese proceso se contó también con el asesoramiento de otros expertos en terapia de conducta y se fue depurando el sistema, modificando las categorías que resultaban problemáticas y elaborando una serie de acuerdos sobre el registro que fueron añadidos al sistema. Para determinar cuándo se podía dar por terminada la

depuración se usó como referencia el coeficiente Kappa de Cohen (Cohen, 1960), un índice del acuerdo entre observadores que corrige los posibles acuerdos debidos al azar. Se considera que los valores de Kappa inferiores a 0,40 son pobres, razonables cuando se sitúan entre 0,40 y 0,60, buenos entre 0,60 y 0,75 y excelentes cuando superan el 0,75 (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977). Teniendo esto en cuenta, se dio por finalizado el proceso de depuración cuando el coeficiente Kappa entre el Observador 1 y el Observador 2 alcanzó valores superiores a los considerados buenos (más de 0,60), con una ventana de tolerancia de 2 segundos.

Como resultado del proceso de depuración se obtuvo el Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT). Valiéndose del COVAT y del ya citado programa informático The Observer XT 12.5, el Observador 1 llevó a cabo la observación, registro y categorización de la muestra de 58 sesiones de terapia descrita más arriba. En todo momento se tuvieron en cuenta las diferencias entre las dos submuestras que conforman la muestra completa, especialmente en cuanto al modelo de terapia utilizado en cada caso y al tipo de español hablado por terapeutas y clientes, adaptando la forma de registro a estas peculiaridades.

Con el fin de hacer una estimación de la fiabilidad inter- e intra-observador de los registros y garantizar la calidad de las observaciones y la utilidad del sistema de categorías, el Observador 2 registró un diez por ciento de la muestra escogido al azar, mientras que el Observador 1 registró en dos ocasiones otro diez por ciento de la muestra, también al azar. Para controlar un posible efecto del aprendizaje, este segundo registro por parte del Observador 1 se llevó a cabo, en todos los casos, una vez que la muestra había sido registrada por completo y nunca inmediatamente después del primer registro.

La segunda fase de este estudio consistió en el cálculo de los distintivos estadísticos descriptivos que nos permitieran hacer un primer análisis general de los datos. Para ello,

los datos sobre la conducta verbal de terapeutas y clientes obtenidos a partir del registro de las 58 sesiones de la muestra fueron exportados al programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 24, herramienta que fue utilizada para llevar a cabo los análisis pertinentes.

### **3. RESULTADOS**

A continuación se presenta, en primer lugar, un análisis del sistema de categorización del control verbal aversivo cuya construcción se ha descrito más arriba y, en segundo lugar, los resultados del análisis descriptivo de los datos recopilados tras el registro y categorización de la muestra mediante dicho sistema de categorías.

#### **3.1 Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT)**

En la Tabla IV.2 se presentan las categorías de la conducta verbal del terapeuta y las categorías de la conducta del cliente que conforman el COVAT, junto con la definición de cada una de ellas. En el Anexo A puede encontrarse el sistema de categorización íntegro, con las directrices de registro y ejemplos de cada categoría. Ahora bien, por su relevancia de cara al registro y, por consiguiente, en el análisis de los resultados, consideramos oportuno dedicar algo de espacio en este apartado a explicar algunas de las características esenciales del COVAT.

**Tabla IV.2.** Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT)

<b>1. Categorías del terapeuta</b>
<b><i>Categorías aversivas</i></b>
<p><b><i>Verbalización aversiva</i></b></p> <p>Emisión del terapeuta que puede provocar malestar en el cliente, ya sea por su contenido, su forma, otras claves no vocales o la combinación de varios de estos aspectos.</p>
<p><b><i>Asociación aversiva</i></b></p> <p>Verbalizaciones del terapeuta en las que pone en relación descripciones de la conducta del cliente, u otros aspectos que dificulten la consecución de los objetivos de la terapia, con palabras o expresiones de carácter aversivo, supuestamente con el objetivo de condicionarlos o contracondicionarlos aversivamente. Se distinguen tres clases de asociaciones aversivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Emparejamiento aversivo:</i></b> Verbalización del terapeuta en la que describe o refiere, ya sea de forma directa o indirecta, una conducta del cliente y la presenta asociada a un término o expresión de carácter aversivo.</li> <li>- <b><i>Operación de abolición general:</i></b> Verbalizaciones del terapeuta en las que se explicitan las consecuencias aversivas que tiene la puesta en práctica de la conducta indeseable, expresadas en términos generales y sin hacer referencia explícita al caso particular del cliente.</li> <li>- <b><i>Operación de abolición personalizada:</i></b> Verbalizaciones del terapeuta en las que se explicitan las consecuencias aversivas que tiene la puesta en práctica de la conducta indeseable, expresadas en términos particulares y/o haciendo referencia explícita al caso particular del cliente.</li> </ul>
<b><i>Categorías no aversivas</i></b>
<p><b><i>Operación de establecimiento</i></b></p> <p>Verbalizaciones del terapeuta en las que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) se proporciona al cliente un conocimiento técnico, sobre su problema o el proceso de terapia, con el objetivo de favorecer la puesta en práctica de una conducta deseable, o</li> <li>b) se explicitan las consecuencias apetitivas que tiene la puesta en práctica de la conducta deseable, expresadas en términos generales y/o particulares.</li> </ul>
<p><b><i>Discriminativo instruccional</i></b></p> <p>Verbalización del terapeuta en la que señala, recomienda o prescribe al cliente una conducta concreta, que puede implicar tanto hacer algo como dejar de hacer algo.</p>
<b>2. Bloque aversivo</b>
<p>Categoría supraordenada que delimita un fragmento del discurso del terapeuta con potencial función de control aversivo y un mismo contenido. El bloque aversivo debe incluir <u>necesariamente</u> una o varias categorías aversivas de las expuestas anteriormente. Se distinguen dos clases de bloque aversivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Bloque aversivo contingente:</i></b> Sigue y hace referencia a una conducta antiterapéutica del cliente ocurrida dentro de sesión o a una descripción verbal hecha por cliente en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión.</li> <li>- <b><i>Bloque aversivo no contingente:</i></b> Se inserta en el discurso del terapeuta y hace referencia a alguna conducta antiterapéutica del cliente ocurrida fuera de sesión, sin embargo, nunca sigue ni hace referencia a ninguna conducta antiterapéutica del cliente ocurrida dentro de sesión ni a ninguna descripción verbal hecha por cliente en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión.</li> </ul>



---

### 3. Categorías del cliente

---

#### ***Conducta antiterapéutica dentro de sesión***

Aquellas conductas que el cliente lleva a cabo dentro del contexto espacio-temporal de las sesiones de terapia y que dificultan que el terapeuta lleve a cabo su actividad y/o van en contra de los objetivos marcados a partir del análisis funcional.

---

#### ***Conducta antiterapéutica fuera de sesión descrita en sesión***

Descripción verbal emitida por el cliente de aquellas conductas que lleva a cabo fuera del contexto espacio-temporal de las sesiones de terapia y que suponen un obstáculo para la consecución de los objetivos terapéuticos establecidos a partir de análisis funcional y/o impiden que el terapeuta lleve a cabo su actividad.

---

#### ***Mostrar acuerdo***

Verbalización del cliente en la que expresa su conformidad con lo expuesto por el terapeuta en el bloque aversivo.

---

### Registro por bloques

Como ya se explicó en detalle en el Capítulo II, uno de los cambios fundamentales en el modo de registro introducido recientemente por nuestro grupo de investigación es el registro por bloques. Las verbalizaciones de carácter aversivo del terapeuta no se dan aisladas, sino que suelen ir acompañadas de otras verbalizaciones que tratan sobre el mismo tema, pero tienen diferentes funciones potenciales (operaciones de establecimiento, discriminativos...) y que contribuyen al objetivo de reducción o eliminación de las conductas antiterapéuticas del cliente. Un análisis del control verbal aversivo en terapia que no tenga en cuenta estas verbalizaciones acompañantes será, necesariamente, un análisis incompleto. Por esta razón, el COVAT adopta el registro por bloques, donde el bloque aversivo se constituye como un tipo de verbalización supraordenada que incluye una o varias funciones potenciales sobre un mismo contenido, siendo *necesariamente* una de ellas una potencial función de control aversivo. El bloque se inicia con la verbalización de carácter aversivo del terapeuta o, en el caso de que exista, con la verbalización no aversiva del terapeuta que esté incluida en el sistema de categorías y sea inmediatamente anterior a la verbalización de carácter aversivo, siempre y cuando no haya entre ambas una verbalización relevante del cliente (i.e. que forme parte de las

categorías del cliente y/o modifique el discurso del terapeuta). En este último caso, la verbalización del cliente se registra antes de iniciar el bloque aversivo, fuera del mismo. Una definición más detallada y el resto de las directrices de registro del bloque aversivo pueden encontrarse en el Anexo A.

#### Asociaciones aversivas

Otro importante cambio introducido en la línea de investigación, que explicamos en profundidad en el Capítulo II y que se refleja en el COVAT, es la consideración de los procesos pavlovianos a la hora de explicar lo que sucede en terapia. La incorporación de los procesos pavlovianos se concreta, por una parte, en la distinción entre *bloques aversivos contingentes* (cuyo funcionamiento se basa principalmente en procesos de tipo operante) y *bloques aversivos no contingentes* (basados principalmente en procesos de tipo pavloviano) y, por otra parte, en el grupo de categorías *asociaciones aversivas*, que incluye todas aquellas verbalizaciones del terapeuta en las que éste pone en relación descripciones de la conducta del cliente, u otros aspectos que dificulten la consecución de los objetivos de la terapia, con palabras o expresiones de carácter aversivo, supuestamente con el objetivo de condicionarlos o contracondicionarlos aversivamente. Se consideran *asociaciones aversivas* las categorías *emparejamiento aversivo*, *operación de abolición personalizada* y *operación de abolición generalizada*.

#### Criterios especiales de registro

El estudio del control verbal aversivo en terapia y su relación con la conducta del cliente, tanto dentro como fuera de sesión, tiene ciertas peculiaridades que hay que tener en cuenta y que nos llevaron a adoptar una serie de criterios especiales a la hora de registrar. El más importante de ellos, por su posible impacto en los resultados y el análisis de los datos, es el de no registrar como antiterapéuticas ciertas conductas del cliente que, por su forma o contenido, podrían considerarse como tales atendiendo a las categorías del

sistema. Más concretamente, en las sesiones previas a la explicación del análisis funcional -en aquellos casos de la muestra en los que se llevó a cabo un análisis funcional- sólo se registraron como conductas antiterapéuticas aquellas conductas del cliente que fueron directamente sometidas a control aversivo por parte del terapeuta en sesión. La razón que nos llevó a adoptar este criterio fue que, en las sesiones de evaluación previas al análisis funcional, cuando aún no se han establecido las hipótesis funcionales ni los objetivos de intervención, ni el terapeuta ni los observadores encargados de llevar a cabo los registros pueden saber qué conductas del cliente son antiterapéuticas y cuáles no. Salvo excepciones, como ciertas conductas disruptivas que impiden la buena marcha de la terapia, el carácter antiterapéutico de una conducta se establece en relación a los objetivos de la terapia, que a su vez se derivan del análisis funcional de los datos recogidos durante la evaluación. Hasta ese momento, el terapeuta no puede saber qué conductas del cliente debe someter a control aversivo para facilitar la consecución de los objetivos terapéuticos. Es más, que el cliente lleve a cabo dichas conductas durante la evaluación es una fuente de información valiosa que el terapeuta necesita para hacer el análisis funcional, de modo que durante esas sesiones incluso podrían considerarse proterapéuticas en un cierto sentido. Así pues, registrar dichas conductas antes de la sesión de explicación del análisis funcional, no sólo supondría que estaríamos haciendo inferencias sobre su carácter antiterapéutico, sino que además distorsionaría los resultados y el análisis de los datos.

Ahora bien, como es obvio, este criterio sólo es aplicable a la parte de la muestra compuesta por casos abordados desde el modelo conductual, en el que la intervención se basa en el análisis funcional. En el caso abordado desde el modelo AIT la evaluación se realizó siguiendo las directrices de evaluación propias del citado modelo, en una serie de entrevistas con el cliente y sus familiares que no fueron grabadas, pero de las que quedaron registros por escrito. Tanto el terapeuta como los observadores contaban con

esa información, de tal forma que fue posible para todos identificar las conductas antiterapéuticas del cliente desde la primera sesión.

En la Tabla IV.3 se presentan los resultados del análisis de la fiabilidad intra- e inter-observadores del COVAT durante el proceso de registro de la muestra, expresados a través del porcentaje de acuerdo y el coeficiente Kappa de Cohen.

**Tabla IV.3.** Resultados del análisis de la fiabilidad intra- e inter-observadores del COVAT durante el proceso de registro de la muestra.

<i>Fiabilidad intra-observador</i>			<i>Fiabilidad inter-observador</i>		
<i>Sesión</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Kappa</i>	<i>Sesión</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Kappa</i>
1	77,7	0,74	1	83,2	0,81
2	91,1	0,90	2	86,1	0,84
3	93,3	0,92	3	80	0,78
4	90	0,88	4	79,3	0,76
5	93,5	0,92	5	75,7	0,73
6	92,2	0,91	6	78,5	0,76

Como se puede observar, siguiendo a Bakeman (2000), en la gran mayoría de los casos los valores de Kappa se sitúan en el rango de *excelentes* (superiores a 0,75) y en los únicos dos casos en los que no se alcanza dicho rango, los valores de Kappa se sitúan en la tramo superior de los considerados *buenos* (entre 0,60 y 0,75).

### 3.2. Análisis descriptivo de los datos

La muestra de 58 sesiones completas supuso un total de 49 horas, 34 minutos y 54 segundos de terapia observados, que dieron lugar a un total de 6091 registros, 4106 pertenecientes a categorías de la conducta verbal del terapeuta y 1985 pertenecientes a conductas del cliente. En la Tabla IV.4 figuran los principales estadísticos descriptivo de la muestra:

**Tabla IV.4.** Estadísticos descriptivos de la muestra analizada (bloques, intra-bloque y cliente)

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>Frecuencia relativa (%)</i>	<i>Media sesión</i>	<i>Desviación típica</i>
<b><i>Bloques Aversivos</i></b>				
Bloque aversivo contingente	1169	97,01	20,5	12,81
Bloque aversivo no contingente	36	2,99	0,63	1,73
Total	1205	100		
<b><i>Categorías terapeuta (intra-bloque)</i></b>				
Verbalización aversiva	879	30,30	15,42	10,26
Emparejamiento aversivo	630	21,72	11,05	8,14
OA personalizada	361	12,44	6,28	5,30
OA general	12	0,41	0,21	0,56
Discriminativo instruccional	91	3,14	1,60	2,60
Operación de establecimiento	928	31,99	16,28	9,90
Total	2901	100		
<b><i>Categorías cliente</i></b>				
Antiterapéutica dentro de sesión	1076	54,21	18,86	15,39
Descripción antiterapéutica fuera de sesión	539	27,15	9,46	8,42
Mostrar acuerdo	370	18,64	6,49	5,39
Total	1985	100		

Como puede apreciarse, por lo que respecta a los tipos de bloque aversivo utilizados por el terapeuta, la práctica totalidad de los bloques registrados fueron *bloques aversivos contingentes*, un 97,01% frente a tan solo un 2,99% de *bloques aversivos no contingentes*. Mientras, la categoría del terapeuta más frecuente fue la *operación de establecimiento* (31,99%), seguida por la *verbalización aversiva* (30,30%) y el *emparejamiento aversivo* (21,72%). Por otra parte, las categorías del terapeuta menos frecuentes fueron la *operación de abolición general* (0,41%) y el *discriminativo instruccional* (3,14%). En el apartado de discusión volveremos sobre ello en más profundidad, pero queremos destacar dos cosas de estos resultados. En primer lugar, resulta sumamente llamativo e interesante que la categoría que más aparece dentro de los bloques aversivos sea la operación de establecimiento, es decir, que la categoría más

frecuentemente utilizada por los terapeutas cuando hacen uso del control verbal aversivo no sea una categoría aversiva. En segundo lugar, también resulta interesante comprobar que, si bien el 97% de los bloques es de tipo contingente y, por tanto, se puede considerar que la práctica totalidad de los bloques aversivos son potenciales castigos operantes, dentro de dichos bloques encontramos un importante porcentaje de categorías del terapeuta basadas en el emparejamiento pavloviano. Más concretamente, si sumamos el porcentaje de *emparejamientos aversivos* y *operaciones de abolición*, encontramos que un 34,57% del contenido de los bloques aversivos consiste en potenciales asociaciones pavlovianas de tipo aversivo. Es decir, si bien prácticamente todos los bloques aversivos del terapeuta son potenciales castigos operantes, más de un tercio de su contenido consiste en potenciales asociaciones aversivas de tipo pavloviano.

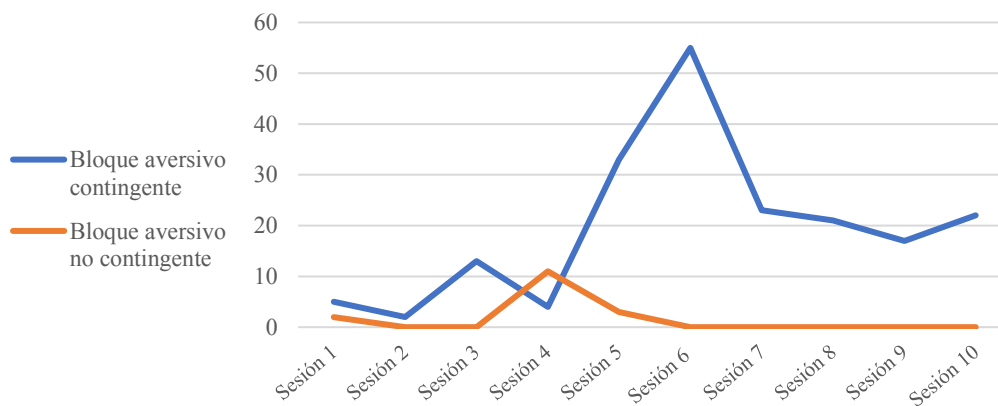
Por lo que respecta al cliente, la categoría más frecuente es la *antiterapéutica dentro de sesión* (54,21%), que prácticamente dobla en frecuencia absoluta a la otra categoría de tipo antiterapéutico, la *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión* (1076 registros de la categoría *antiterapéutica dentro de sesión* frente a los 539 de la categoría *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión*).

### 3.3. Análisis de la evolución de las categorías a lo largo de la terapia

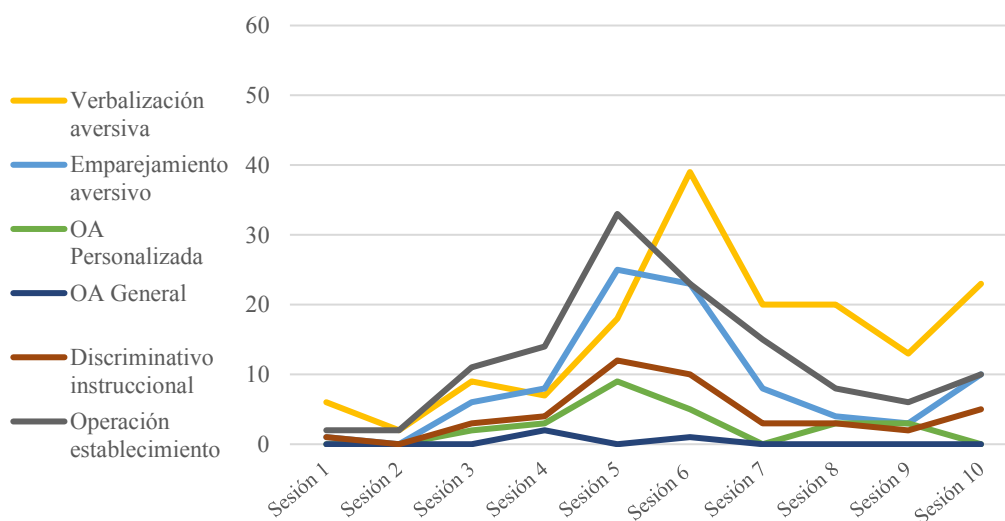
Las figuras que se presentan en este apartado representan la evolución, a lo largo de cada uno de los cuatro casos analizados, de los dos tipos de bloques aversivos, las categorías de la conducta verbal del terapeuta y las categorías de la conducta del cliente.

Caso 1

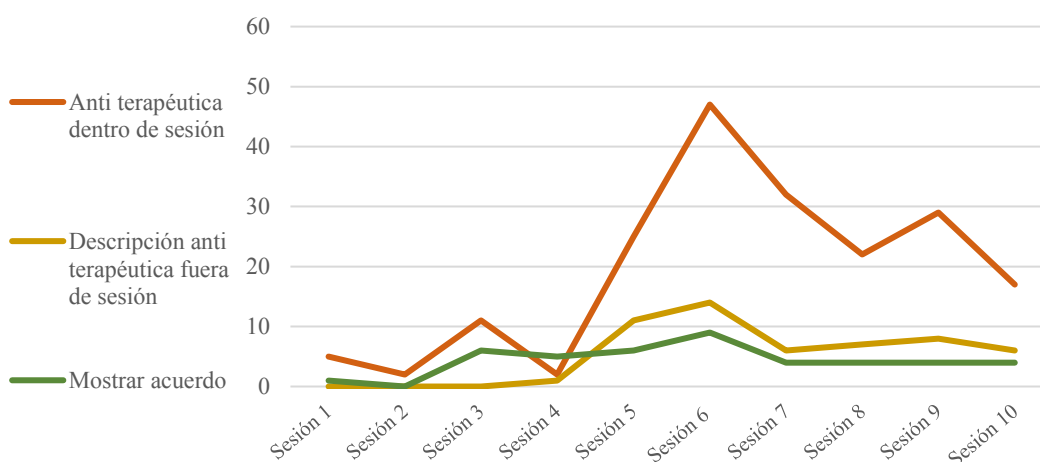
**Figura IV.1.** Evolución de los bloques aversivos a lo largo del caso 1 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.2.** Evolución de las verbalizaciones del terapeuta a lo largo del caso 1 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.3.** Evolución de las conductas del cliente a lo largo del caso 1 (frecuencia absoluta)



Como se puede apreciar en las gráficas, la evolución de las distintas categorías del terapeuta y del cliente a lo largo del caso 1 guardan un cierto paralelismo, con las mayores frecuencias en las sesiones centrales de la terapia y una tendencia general a la reducción hacia las sesiones finales. Dicha reducción se mantiene hasta el final de la terapia en las categorías del cliente, pero se rompe para las del terapeuta en la última sesión, en la que todas las categorías aumentan en frecuencia a excepción de las *operaciones de abolición*.

Si nos centramos en los bloques, podemos ver que hay un dominio claro de los *bloques aversivos contingentes*, que sólo se ven superados en frecuencia por los *bloques aversivos no contingentes* en la sesión 4 (que en este caso fue la sesión de explicación del análisis funcional). A partir de la sesión 6 los *bloques aversivos no contingentes* directamente desaparecen, mientras que los *bloques aversivos contingentes* aumentan sensiblemente en frecuencia durante las sesiones 5 y 6, para después disminuir en el resto de las sesiones de la terapia excepto la última, en la que experimentan un pequeño repunte.

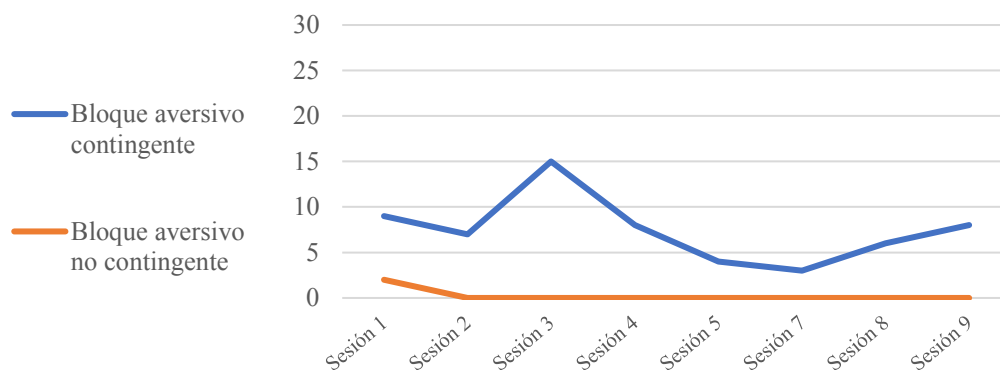
Por lo que se refiere a las verbalizaciones del terapeuta, las categorías *verbalización aversiva*, *operación de establecimiento* y *emparejamiento aversivo* dominan en frecuencia a lo largo de prácticamente toda la terapia. Las mayores frecuencias las encontramos en las sesiones centrales, frecuencias que van disminuyendo según avanza la terapia, para repuntar ligeramente en la última sesión.

En cuanto a las conductas del cliente, se aprecia un dominio claro de las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión*, que sólo se ven superadas por otra categoría, *mostrar acuerdo*, en la sesión de explicación del análisis funcional (sesión 4). En las dos siguientes sesiones (sesiones 5 y 6) ambas categorías aumentan en frecuencia, siendo especialmente llamativo el aumento de las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión*. En las sesiones 7 y 8 se reducen las conductas antiterapéuticas, para experimentar un repunte en la sesión 9 y disminuir de nuevo en la última sesión.

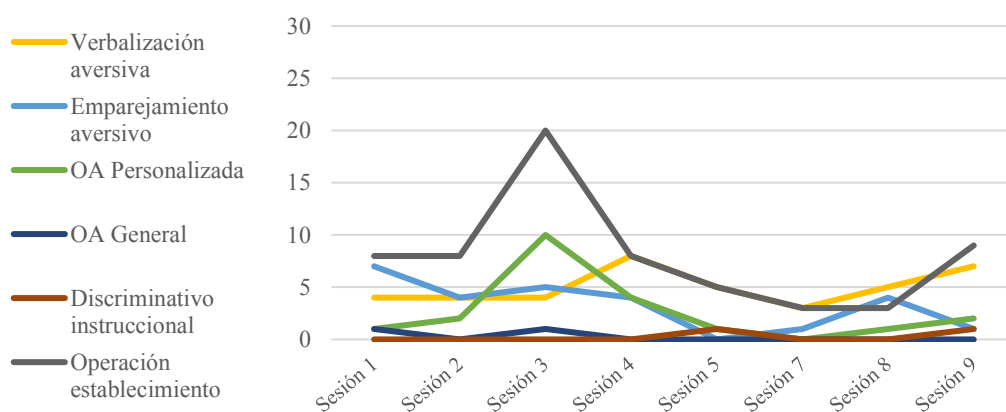


Caso 2

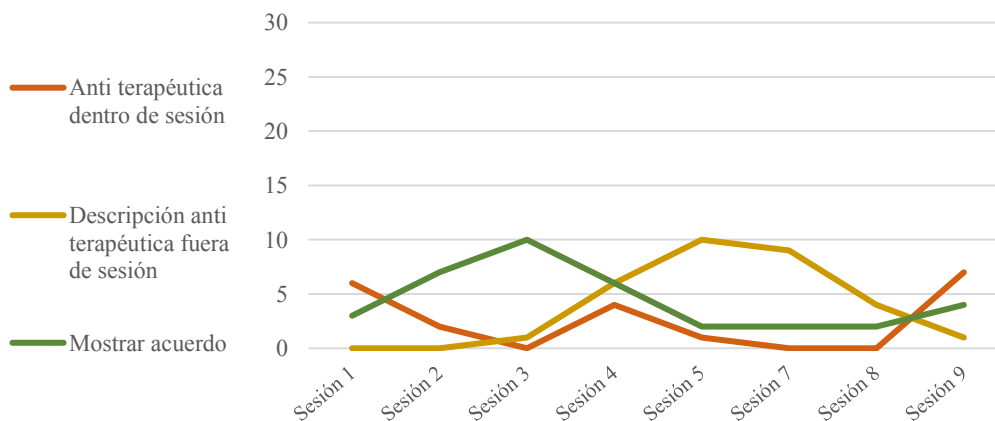
**Figura IV.4.** Evolución de los bloques aversivos a lo largo del caso 2 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.5.** Evolución de las verbalizaciones del terapeuta a lo largo del caso 2 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.6.** Evolución de las conductas del cliente a lo largo del caso 2 (frecuencia absoluta)



Como se puede ver en las gráficas, la evolución de las distintas categorías a lo largo del caso 2 sigue una dinámica peculiar e interesante, tanto en lo que se refiere al dominio de unas categorías sobre otras y la distribución de las frecuencias a lo largo de la terapia, como en lo referido a la relación entre las verbalizaciones del terapeuta y las conductas del cliente.

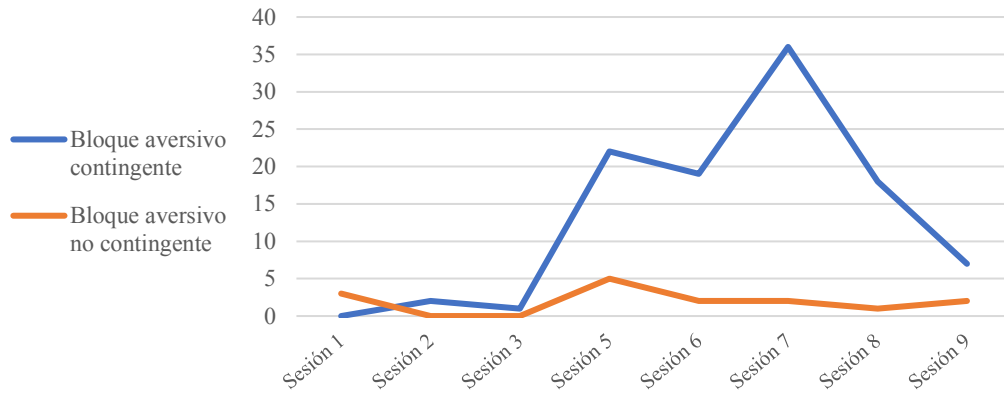
Como se aprecia en la Figura IV.4, tan sólo encontramos *bloques aversivos no contingentes* en la primera sesión, en el resto de las sesiones de la terapia el clínico utiliza únicamente *bloques aversivos contingentes*. Por otra parte, encontramos que el pico de mayor frecuencia de bloques se da en la sesión 3, que en este caso se corresponde con la sesión de explicación del análisis funcional. Tras ese pico los bloques siguen una dinámica descendente hasta las dos últimas sesiones, en las que vuelven a aumentar.

Si nos centramos en las verbalizaciones del terapeuta encontramos que la categoría más frecuente es la *operación de establecimiento* en todas las sesiones excepto la 8, en la que se ve superada por las categorías *emparejamiento aversivo* y *verbalización aversiva*. En la sesión 3 encontramos las frecuencias más altas de toda la terapia en las categorías *operación de establecimiento*, *operación de abolición personalizada* y *operación de abolición generalizada*, lo que posiblemente tenga que ver con que se trata de la sesión de devolución del análisis funcional, en la que el terapeuta hace un énfasis especial en explicar al cliente porqué le pasa lo que le pasa y qué consecuencias negativas tiene eso.

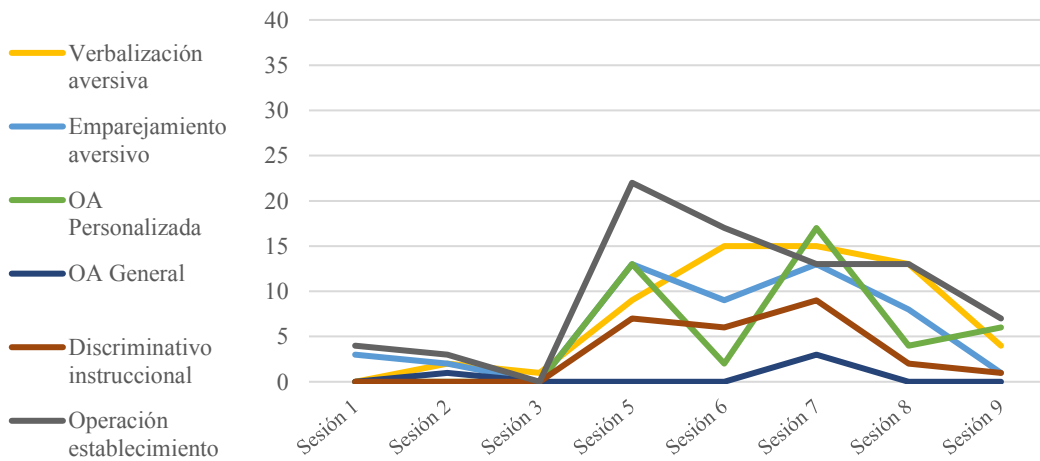
En cuanto a las categorías del cliente, las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión* siguen una dinámica en forma de “W”, con máximos en la primera, cuarta y última sesión, mientras que la *descripción en sesión de antiterapéuticas ocurridas fuera de sesión* sigue la dinámica clásica de altas frecuencias en las sesiones centrales que se reducen según avanza la terapia. Así mismo, se aprecia un pico en la frecuencia de *mostrar acuerdo* durante la sesión de explicación de análisis funcional.

Caso 3

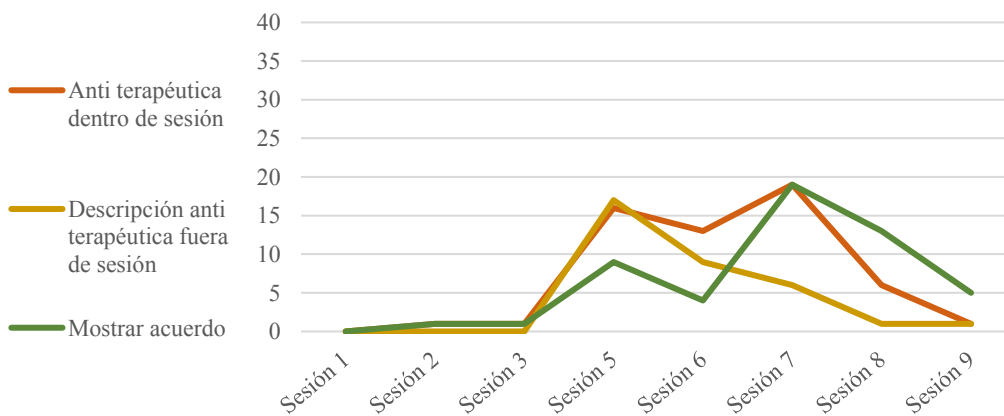
**Figura IV.7.** Evolución de los bloques aversivos a lo largo del caso 3 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.8.** Evolución de las verbalizaciones del terapeuta a lo largo del caso 3 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.9.** Evolución de las conductas del cliente a lo largo del caso 3 (frecuencia absoluta)



Como se puede observar, la dinámica de las distintas categorías en el caso 3 se parece mucho a lo que podríamos llamar el “ideal”, en lo que al uso del control aversivo y la evolución de las conductas antiterapéuticas se refiere. Todas las categorías aumentan tras la sesión de explicación del análisis funcional, para después ir disminuyendo gradualmente a lo largo de las sesiones de tratamiento y consolidación.

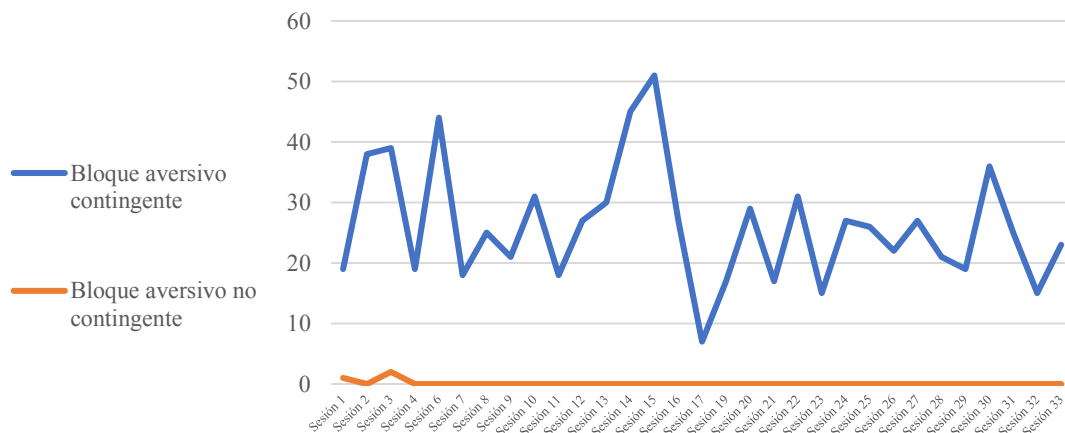
Como en los casos anteriores, hay un claro dominio de los *bloques aversivos contingentes*, que sólo se ven superados en frecuencia por los *bloques aversivos no contingentes* en la primera sesión.

Si nos centramos en las verbalizaciones del terapeuta, podemos ver cómo las más frecuentes son, de nuevo, la *operación de establecimiento*, la *verbalización aversiva* y el *emparejamiento aversivo*, excepto en la sesión 7, en la que la *operación de abolición personalizada* y la *operación de abolición general* alcanzan sus máximos, llegando la primera a superar en frecuencia a todas las demás categorías. Excepto para la categoría *operación de abolición personalizada*, que es más irregular y termina ascendiendo, la tendencia general en todas las categorías es descendente desde la sesión posterior a la de explicación del análisis funcional.

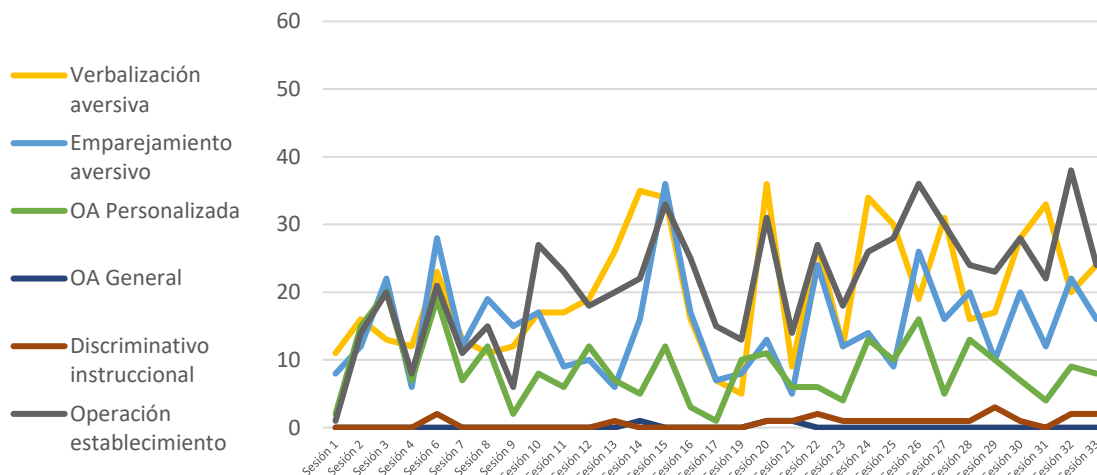
Por lo que se refiere las conductas del cliente, éstas también siguen una dinámica cercana a lo que podríamos considerar “ideal” desde el punto de vista de la terapia conductual, especialmente la categoría *descripción de conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión*, que presenta una reducción sostenida a lo largo de las sesiones de tratamiento hasta prácticamente desaparecer en las últimas sesiones. Lo mismo sucede, aunque de manera más irregular, con la categoría *conducta antiterapéutica dentro de sesión*, que prácticamente desaparece en la última sesión. Finalmente, la categoría mostrar acuerdo asciende progresivamente a lo largo de las sesiones llegando a mantenerse por encima de las categorías antiterapéuticas en las dos últimas sesiones.

Caso 4

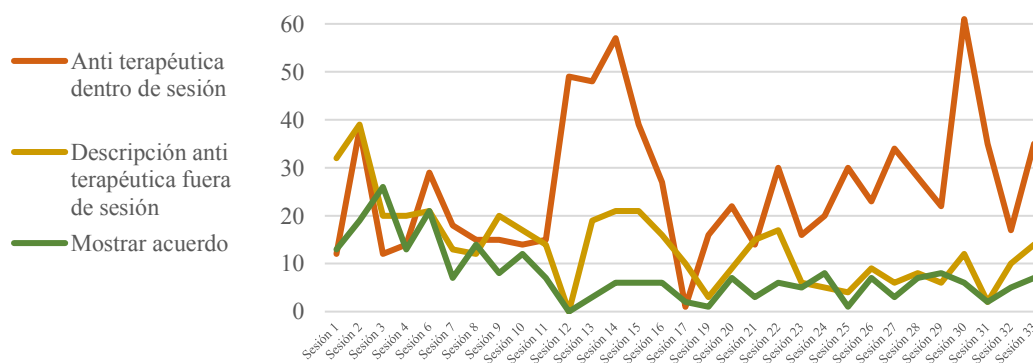
**Figura IV.10.** Evolución de los bloques aversivos a lo largo del caso 4 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.11.** Evolución de las verbalizaciones del terapeuta a lo largo del caso 4 (frecuencia absoluta)



**Figura IV.12.** Evolución de las conductas del cliente a lo largo del caso 4 (frecuencia absoluta)



Como se aprecia en las gráficas, la evolución de las distintas categorías a lo largo del caso 4 no sigue una tendencia clara, sino que consiste más bien en una sucesión de picos y valles, con variaciones llamativas de unas sesiones a otras en algunos casos. Si se aprecia, sin embargo, un cierto paralelismo o correspondencia entre las categorías del terapeuta y las del cliente.

Como en los otros casos, los *bloques aversivos contingentes* superan ampliamente en frecuencia a los *bloques aversivos no contingentes*, que tan sólo aparecen en un par de sesiones al comienzo de la terapia para no volver a aparecer más. La frecuencia de los bloques varía a lo largo de toda la terapia en forma de picos de sierra, alcanzando máximos en las sesiones 14 y 15, para experimentar después un dramático descenso y alcanzar su mínimo en la sesión 16.

Las verbalizaciones del terapeuta adoptan esa misma dinámica de picos de sierra durante toda la terapia, siendo las categorías *verbalización aversiva*, *emparejamiento aversivo* y *operación de establecimiento* las más comunes. Mientras, las categorías *discriminativo instruccional* y *operación de abolición generalizada* apenas aparecen a lo largo de toda la terapia.

En cuanto a las conductas del cliente, se puede apreciar una correspondencia entre éstas y las verbalizaciones del terapeuta, especialmente en lo que se refiere a la categoría *antiterapéutica dentro de sesión*, cuya dinámica y evolución es muy parecida a la de los *bloques aversivos contingentes* del terapeuta. Así, no se aprecia una tendencia clara a la reducción de las conductas antiterapéuticas, sino picos y valles que se suceden a lo largo de las más de treinta sesiones observadas.

## 4. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este primer estudio, son varias las cuestiones que queremos destacar respecto al uso del control verbal aversivo en terapia.

En primer lugar, el COVAT, el instrumento desarrollado y utilizado en este estudio, ha supuesto un paso más dentro de la línea de investigación que llevamos desarrollando desde hace más de diez años, centrada en el análisis de la interacción verbal en contextos clínicos mediante metodología observacional. La construcción, depuración y aplicación del COVAT se llevó a cabo siguiendo los mismos principios teóricos y metodológicos que han guiado el trabajo de nuestro grupo de investigación desde sus orígenes y se ha beneficiado enormemente de los avances y hallazgos realizados con anterioridad por los miembros del equipo, sin los cuales no hubiera sido posible su desarrollo. La principal aportación del COVAT, más allá de su interés único en el estudio del control verbal aversivo, es la incorporación de los procesos pavlovianos como parte del análisis de lo que sucede en terapia. Como ya explicamos en el Capítulo II, pese a haber partido de los postulados del conductismo radical desde sus inicios, los distintos proyectos y estudios desarrollados por nuestro grupo de investigación han tenido poco en cuenta los procesos de tipo pavloviano implicados en la interacción verbal en terapia y el cambio clínico, adoptando una perspectiva casi exclusivamente operante de lo que sucede en terapia. Esto supuso problemas a la hora de explicar algunos de los resultados que encontrábamos y, sobre todo, a la hora de explicar cómo lo que sucedía en sesión podía tener un efecto en la conducta del cliente fuera de ella. La búsqueda de una solución para esos problemas nos llevó de vuelta a los procesos pavlovianos, especialmente a la “propuesta mediacional” de Mowrer (1954) sobre el lenguaje, en la cual nos hemos basado para desarrollar las categorías pavlovianas del COVAT: *bloque aversivo no contingente*, *emparejamiento aversivo*, *operación de abolición personalizada* y *operación de*

*abolición generalizada*. Así pues, el COVAT se constituye como el primer sistema de categorización del equipo que incluye categorías específicamente desarrolladas con base en la propuesta de Mowrer y, en este sentido, es nuestro primer acercamiento al papel de los procesos pavlovianos en la interacción verbal entre terapeuta y cliente (limitado, eso sí, al condicionamiento clásico de tipo aversivo). Así mismo, cabe destacar los excelentes resultados del análisis de la fiabilidad intra- e inter-observadores del COVAT, que garantizan que las observaciones llevadas a cabo con este instrumento son independientes de quién lo utilice o el momento en el que lo haga.

Por lo que se refiere a los estadísticos descriptivos, en el apartado anterior ya adelantamos algunos aspectos que consideramos muy interesantes de los resultados. Así, hemos podido comprobar cómo la práctica totalidad de los bloques aversivos registrados eran de tipo contingente, es decir, seguían y se dirigían a alguna de las categorías de conducta antiterapéutica del cliente ocurrida durante de sesión. Si nos quedásemos sólo con ese dato, podríamos afirmar que el control verbal aversivo en terapia es un proceso esencialmente operante, que consiste en la utilización de verbalizaciones con potencial función de castigo con el objetivo de reducir o eliminar conductas que se dan en sesión. Ahora bien, la principal ventaja del registro por bloques es que nos permite ir más allá y llevar a cabo un análisis más exhaustivo del control verbal aversivo, agrupando verbalizaciones con distintas funciones potenciales y un mismo contenido. Esto, unido a la incorporación de los procesos pavlovianos al análisis de lo que sucede en terapia, ha mostrado que el control verbal aversivo es mucho más que simplemente castigo operante.

En primer lugar, encontramos que la categoría más frecuente dentro de los bloques aversivos no es una categoría aversiva, sino la *operación de establecimiento*. Para evitar confusiones, queremos recordar aquí que todos los bloques aversivos, por definición, contienen siempre una o más categorías aversivas. Así, aunque la categoría más frecuente



haya resultado ser una categoría no aversiva, nunca se puede dar el caso de que un bloque aversivo se componga sólo de categorías no aversivas (aunque sí puede suceder que un bloque se componga de una única categoría aversiva acompañada de varias categorías no aversivas relacionadas temáticamente con ella). En todo caso, como comentábamos, la *operación de establecimiento* ha resultado ser la categoría más frecuente y, si nos fijamos en su definición, encontramos que no sólo puede ser neutra, cuando consiste en proporcionar información técnica al cliente, sino que también puede ser apetitiva, cuando consiste en la explicitación de las consecuencias positivas que tendrá para el cliente la puesta en práctica de una conducta deseable. Así, de acuerdo con los resultados, más de un tercio del contenido de los bloques aversivos consiste en dar información y motivar al cliente para favorecer el cambio de conducta. Por lo tanto, cuando el terapeuta ejerce control verbal aversivo no se limita a castigar y contracondicionar aversivamente conductas indeseables del cliente, sino que acompaña su discurso con fragmentos cuyo objetivo es lograr que el cliente entienda mejor su propia conducta problemática, cómo funciona la terapia y qué beneficios obtendrá si lleva a cabo conductas alternativas deseables. Por otra parte, si bien habría que investigar más a fondo para determinar si realmente es así, existe la posibilidad de que el estado emocional aversivo que generan en el cliente las verbalizaciones aversivas emitidas por el terapeuta esté funcionando también como una operación de establecimiento, aumentando el potencial valor apetitivo de las conductas deseables a las que después hace referencia el terapeuta. En todo caso, como ya hemos enfatizado en repetidas ocasiones, es necesario acabar con los mitos, prejuicios e ideas erróneas acerca del uso de control aversivo de la conducta. Creemos que este resultado apoya nuestra perspectiva y muestra que el control verbal aversivo, tal y como se usa en terapia, puede ser una herramienta enormemente útil que no se limita a

eliminar ciertas conductas del cliente, sino que también puede dotarlo de recursos y fomentar el cambio positivo.

Por otra parte, si bien la práctica totalidad de los bloques aversivos fueron de tipo contingente y, por tanto, basados principalmente en procesos de tipo operante, un análisis del contenido de dichos bloques muestra que un importante porcentaje de las verbalizaciones que los conforman pertenecen a categorías basadas en el emparejamiento pavloviano. Así, las distintas categorías de asociaciones aversivas (i.e., *emparejamiento aversivo*, *operación de abolición personalizada* y *operación de abolición generalizada*) suponen más de un tercio del contenido de los bloques. Este dato tiene diversas implicaciones importantes. Por una parte, es una muestra de la interrelación entre procesos pavlovianos y operantes en el control verbal aversivo de la conducta. Dicha interrelación va incluso más allá, si tenemos en cuenta que es posible afirmar que las verbalizaciones categorizadas como *verbalización aversiva*, cuyo papel es esencialmente de potencial castigo operante, en la mayor parte de las veces han adquirido su carácter aversivo y, por tanto, su potencial función de castigo como resultado de procesos de condicionamiento clásico comunes en nuestra comunidad lingüística. Otra implicación fundamental de este hallazgo es que puede explicar de qué manera los terapeutas consiguen reducir o eliminar las conductas problemáticas del cliente fuera del contexto clínico. Si el control verbal aversivo consistiera únicamente en castigo operante, la acción del terapeuta estaría limitada a aquellas conductas del cliente que se dan dentro de sesión. Y no sólo eso, existiría un alto riesgo de que los cambios logrados a través del castigo operante quedasen bajo control de estímulos y se limitaran al contexto espacio-temporal de las sesiones. Sin embargo, lo que dice el terapeuta en sesión tiene un impacto en la conducta del cliente fuera de ella (de lo contrario no podríamos hablar de éxito terapéutico) y eso se puede explicar, al menos en parte, con base en las asociaciones

pavlovianas que el terapeuta establece durante las sesiones a través del lenguaje. Los *emparejamientos aversivos* y las *operaciones de abolición* podrían funcionar como ensayos de condicionamiento clásico, en los que las descripciones verbales de las conductas problemáticas que el cliente lleva a cabo fuera de sesión son asociadas sistemáticamente con estímulos verbales aversivos. Estas asociaciones verbales aversivas pueden funcionar como un dispositivo de contracondicionamiento aversivo, en primera instancia de las descripciones verbales de la conducta problema y después, a través de los procesos de transferencia de funciones y equivalencia funcional que operan en el lenguaje, también de la propia conducta problema. De esta manera, las conductas contrarias a los objetivos de la terapia pasan de ser apetitivas y/o reforzantes a ser aversivas y generar en el cliente respuestas condicionadas de malestar e incomodidad. Dichas respuestas condicionadas desagradables favorecen la desaparición de la conducta problema 1) porque funcionan como potenciales castigos para dicha conducta y 2) porque también pueden actuar como estímulos discriminativos para la operante de evitación de la conducta problema, que sería reforzada negativamente por la eliminación de las respuestas de malestar. Este último mecanismo, el del aprendizaje por evitación, explicaría también por qué la eliminación de las conductas problema se mantiene en el tiempo una vez que la terapia ha terminado. La conducta de evitación promueve la incubación de ansiedad anticipatoria, que previene la extinción de la respuesta. Mientras el sujeto siga evitando ejecutar la conducta o entrar en contacto con las situaciones que la facilitan, la ansiedad anticipatoria seguirá produciéndose y discriminando respuestas de evitación, que seguirán reforzándose negativamente por la reducción de dicha ansiedad. Esto nos devuelve a la interacción entre procesos de condicionamiento clásico y operante de la que hablábamos previamente. El terapeuta se vale del lenguaje para favorecer el establecimiento de ciertas asociaciones pavlovianas que desembocan después, a través de

procesos operantes, en la reducción o eliminación de las conductas problemáticas que el sujeto lleva a cabo fuera del contexto espacio-temporal de la terapia.

Centrándonos ahora en la evolución de las distintas categorías a lo largo de los cuatro casos, en las gráficas que presentamos en el apartado anterior se puede apreciar a simple vista que existen similitudes entre ellos, especialmente en las dinámicas del terapeuta, puesto que en las del cliente se observa una mayor variabilidad de unos casos a otros. Así, como es de esperar a la vista de los resultados del cálculo de las frecuencias, en todos los casos hay un claro dominio de los *bloques aversivos contingentes* sobre los *bloques aversivos no contingentes*. Estos últimos, en las pocas ocasiones que aparecen, suelen hacerlo en las sesiones iniciales de la terapia. Si volvemos sobre los registros encontramos que en muchos de estos casos el terapeuta está utilizando el control verbal aversivo no contingente de forma preventiva, anticipándose a la aparición de determinadas conductas antiterapéuticas de los clientes, muy especialmente las relacionadas con ciertas ideas erróneas ampliamente extendidas sobre lo que es una terapia psicológica y el tipo de cosas que se hacen durante un tratamiento psicológico. Así pues, parece que el papel del control aversivo no contingente es principalmente de carácter preventivo. Los terapeutas hacen uso de *bloques aversivos no contingentes* con el objetivo de eliminar prejuicios comunes sobre la terapia psicológica, antes incluso de que el cliente pueda dar muestra de ellos a través de su conducta en sesión. También encontramos que en los cuatro casos hay un claro predominio de las categorías *operación de establecimiento*, *verbalización aversiva* y *emparejamiento aversivo* a lo largo de toda la terapia. Existen diferencias entre unos casos y otros en la frecuencia de cada categoría y en su dinámica particular a lo largo de la terapia, pero en todos los casos esas tres son las categorías más frecuentes.

Estas similitudes entre los distintos casos analizados parecen apoyar la idea que exponíamos al comienzo: los terapeutas utilizan el control verbal aversivo en sesión y lo

hacen, en algunos aspectos, de forma muy similar. Ahora bien, al comienzo también comentábamos que existen variables relacionadas con el terapeuta, el cliente, la problemática tratada o el modelo de intervención que pueden afectar a la forma particular en la que se utiliza el control verbal aversivo en terapia. De nuevo, los resultados parecen ir en la línea de dicha idea. Si nos fijamos en las gráficas, podemos apreciar importantes diferencias entre unos casos y otros en la forma en la que los terapeutas usan el control verbal aversivo. Posiblemente, la diferencia más llamativa tiene que ver con la dinámica de las distintas categorías a lo largo del caso 4, sensiblemente distinta de los otros tres casos. Parece probable que esas diferencias tengan que ver con el modelo de intervención utilizado, que fue el AIT en el caso 4 y el conductual en los casos 1, 2 y 3. No nos detendremos aquí a discutir estas diferencias, puesto que más adelante dedicamos un capítulo completo a comparar ambos modelos en profundidad. Baste decir, por el momento, que sí parece haber una relación entre el tipo de modelo de intervención utilizado por el terapeuta y el uso que éste hace del control verbal aversivo.

En la introducción comentábamos que uno de los objetivos de este primer estudio empírico era estudiar si existe una tendencia a la disminución en la frecuencia de las distintas categorías aversivas y antiterapéuticas a lo largo de la terapia, desde el momento en el que se establecen los objetivos de ésta. Por lo que se refiere a las categorías aversivas del terapeuta, si bien en algunos de los casos sí se puede observar una tendencia general descendente, ésta no es constante ni se da en todos los casos. Así, en el caso 4 no se aprecia un descenso en la frecuencia de las categorías aversivas según avanza la terapia, sino una sucesión de picos y valles que no sigue una tendencia clara. Como hemos comentado, parece probable que la peculiar dinámica de las distintas categorías en el caso 4 esté relacionada con el modelo de intervención utilizado por el terapeuta (modelo AIT). Por otra parte, si bien los casos 1 y 2 presentan una tendencia descendente, terminan con

un ascenso en la frecuencia de la categorías del terapeuta. Sería interesante hacer un estudio detallado del contenido sobre el que versan dichas verbalizaciones, si se trata de temas ya tratados durante la terapia que vuelven a surgir en las últimas sesiones u nuevos contenidos relacionados con los posibles miedos o resistencias del cliente a la finalización del tratamiento. Finalmente, en el caso 3 las frecuencias de los distintos tipos de verbalizaciones aversivas del terapeuta aumentan tras el establecimiento de los objetivos de la terapia para, entonces sí, experimentar un descenso sostenido hasta la última sesión (con la excepción de la categoría *operación de abolición personalizada*, que aumenta en la última sesión). Así, no podemos afirmar que las verbalizaciones aversivas de los terapeutas presenten una tendencia descendente conforme avanza la terapia, al menos en los casos estudiados en esta tesis.

En cuanto a las conductas antiterapéuticas de los clientes, sucede lo mismo que con las categorías aversivas de los terapeutas: si bien puede observarse una tendencia general descendente en su frecuencia, ésta no es sostenida desde el momento en el que se establecen los objetivos de la terapia y no se da en todos los casos. Así, por ejemplo, en el caso 2 se observa un aumento de las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión* en la última sesión de la terapia, como también sucede en la penúltima sesión del caso 1. Nuevamente, sería interesante analizar si dichas conductas antiterapéuticas tienen que ver con los mismos problemas que se han tratado en las sesiones anteriores o si se trata de nuevos contenidos relacionados, por ejemplo, con la finalización de la terapia. Por otra parte, la dinámica del caso 4 vuelve a ser la que más se aleja de nuestras hipótesis, adoptando una forma de picos de sierra en lugar de una tendencia descendente. Por lo tanto, tampoco podemos afirmar que en los casos estudiados en esta tesis las conductas antiterapéuticas de los clientes tiendan a disminuir a lo largo de las sesiones de terapia.

Los resultados de este primer estudio empírico nos han conducido a interesantes hallazgos acerca de la forma en la que los terapeutas utilizan el control verbal aversivo en sesión y qué implicaciones puede tener esto para la terapia. Sin embargo, para comprender mejor de qué forma opera el control verbal aversivo, es necesario ir más allá del estudio de frecuencias y analizar las relaciones que existen entre las distintas categorías dentro del discurso. Ese es el objetivo del siguiente estudio empírico, que presentamos a continuación.

# CAPÍTULO V

## ***ESTUDIO EMPÍRICO II: Análisis de la interacción durante la aplicación del control verbal aversivo***

### **1. INTRODUCCIÓN**

Desde sus inicios, hace más de una década, el objetivo principal del grupo de investigación ha sido el análisis de la interacción verbal en terapia. A lo largo de este tiempo se han hecho diversos hallazgos, que nos han ido conduciendo desde los análisis más generales de la interacción a estudios mucho más específicos sobre aspectos concretos de ésta. Como ya se explicó en detalle en el Capítulo III, el origen de esta tesis se encuentra en los hallazgos de Ruiz (2011) sobre la distribución de la entonces llamada “función de castigo” y las verbalizaciones de “fracaso” y “malestar” de los clientes, hallazgos que nos llevaron a interesarnos por investigar más a fondo de qué forma utilizaban los terapeutas el control verbal aversivo en sesión y su relación con la conducta antiterapéutica del cliente, tanto dentro como fuera de consulta. Los primeros acercamientos al tema señalaron la necesidad de ampliar el foco de estudio, desde la concepción puramente operante que se había estado adoptando a una que incluyese también los procesos pavlovianos. Esto no sólo nos permitió dar el salto desde el estudio del castigo verbal al estudio del control verbal aversivo propiamente dicho, dando cabida a una variedad de verbalizaciones aversivas del terapeuta que hasta ese momento no habían podido ser incluidas en nuestro análisis, sino que también nos permitió incorporar a nuestro estudio las conductas antiterapéuticas de los clientes que se dan fuera de sesión,



a través de su descripción verbal en sesión. De este modo, pudimos pasar de estudiar únicamente las verbalizaciones de los terapeutas y las conductas de los clientes entre las que había una relación de contingencia *directa*, a incluir también en nuestro análisis las verbalizaciones de los terapeutas y las conductas de los clientes entre las que la relación de contingencia se establece de forma *indirecta*<sup>4</sup>, a través de mecanismos pavlovianos. Así mismo, la incorporación del registro por bloques nos permitió dar mejor cuenta de la interacción entre mecanismos pavlovianos y operantes en el control verbal aversivo de la conducta. Y es que, por ejemplo, un determinado bloque de verbalizaciones puede estar actuando como un castigo potencial para la conducta a la que sigue (mecanismo operante) porque incluye palabras o frases que han adquirido un valor aversivo por su asociación con estímulos desagradables (mecanismo pavloviano).

Partimos de la idea de que el terapeuta es directivo y lleva el control de las sesiones, siendo el lenguaje su herramienta principal. A través del discurso, el terapeuta controla y dirige la conducta del cliente de acuerdo con los objetivos marcados, tanto los generales de la terapia como los específicos de cada caso. En el caso concreto del control verbal aversivo, el terapeuta utiliza palabras, expresiones o formas de hablar que resultan desagradables para el cliente, con el objetivo de reducir o eliminar ciertas conductas problemáticas de éste. Como se explicó detenidamente en el Capítulo III, en nuestros primeros análisis del control verbal aversivo encontramos que los terapeutas usaban verbalizaciones aversivas a) de forma contingente a la emisión de conductas antiterapéuticas por parte del cliente *dentro de sesión*, b) asociadas a descripciones del cliente de sus propias conductas antiterapéuticas *fuera de sesión* y c) asociadas a descripciones verbales realizadas por propio terapeuta de las conductas antiterapéuticas

---

<sup>4</sup> Posiblemente, los términos “directa” e “indirecta” no son los más adecuados a la hora de hablar de contingencias y su uso puede ser objeto de controversia, sin embargo, creemos que ayudan a entender la idea que se trata de transmitir en este apartado.

del cliente. Este segundo estudio empírico trata de profundizar en estos hallazgos, a través del análisis secuencial de la relación entre las verbalizaciones de carácter aversivo de los terapeutas y las conductas antiterapéuticas de los clientes.

El análisis secuencial permite estudiar la relación que existe entre conductas contiguas. Más concretamente, en el análisis secuencial se estudia la *probabilidad de transición de retardo  $r$*  entre dos conductas, que es la probabilidad de que habiendo ocurrido una cierta conducta en la secuencia (*conducta dada*) se dé otra cierta conducta (*conducta condicionada*),  $r$  eventos antes o después de aquella. Se habla de retardo negativo cuando la conducta condicionada se da *antes* de la conducta dada y de retardo positivo cuando la conducta condicionada se da *después* de la conducta dada.

Así pues, teniendo en cuenta los hallazgos de estudios previos, en este segundo estudio aplicamos el análisis secuencial para poner a prueba las siguientes hipótesis sobre la relación entre determinadas conductas de terapeutas y clientes:

*Hipótesis 1:* Las conductas antiterapéuticas de los clientes, ya sean *conductas antiterapéuticas dentro de sesión* o *descripciones en sesión de conductas antiterapéuticas ocurridas fuera de sesión*, irán seguidas inmediatamente por *bloques aversivos contingentes* del terapeuta de forma significativa.

*Hipótesis 2:* El contenido de los bloques aversivos del terapeuta variará en función del tipo de bloque del que se trate:

*Hipótesis 2.1:* Los *bloques aversivos contingentes* del terapeuta comenzarán con la categoría *verbalización aversiva* con mayor probabilidad que con cualquier otra categoría. En los casos en los que la conducta antiterapéutica del cliente se produce en sesión, es de esperar que el terapeuta incida sobre ella de forma directa,

utilizando verbalizaciones con una potencial función de castigo para reducirla o eliminarla.

*Hipótesis 2.2:* Los *bloques aversivos no contingentes* del terapeuta comenzarán con asociaciones aversivas, ya sea *emparejamientos aversivos* u *operaciones de abolición*, con mayor probabilidad que con cualquier otra categoría. Cuando el cliente no haya llevado a cabo o descrito durante la sesión la conducta antiterapéutica que el terapeuta quiere someter a control aversivo, éste se valdrá de asociaciones verbales aversivas para condicionarla o contracondicionarla aversivamente en sesión.

*Hipótesis 3:* Cuando los *bloques aversivos*, tanto contingentes como no contingentes, vayan seguidos de una conducta del cliente, ésta será la de *mostrar acuerdo*. En el capítulo anterior vimos que el control aversivo incluye fragmentos en los que se explican al cliente distintos aspectos relacionados con la terapia, con su conducta, con las consecuencias positivas de cambiar o con las consecuencias negativas de no hacerlo. Consideramos probable que este tipo de explicaciones susciten una conducta de aceptación y/o aquiescencia por parte del cliente.

## **2. MÉTODO**

### ***a. Participantes***

Para llevar a cabo este estudio se utilizó la misma muestra de 58 sesiones completas de terapia descrita en el capítulo anterior.

## ***b. Variables e Instrumentos***

### Variables

Las variables analizadas en este estudio fueron la conducta verbal del terapeuta y la conducta del cliente, de acuerdo con las categorías del Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT), que se precisan a continuación:

#### *Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta*

- Bloque aversivo contingente
- Bloque aversivo no contingente
- Verbalización aversiva
- Emparejamiento aversivo
- Operación de abolición general
- Operación de abolición personalizada
- Operación de establecimiento
- Discriminativo instruccional

#### *Variables referidas a la conducta del cliente*

- Conducta antiterapéutica dentro de sesión
- Conducta antiterapéutica fuera de sesión descrita en sesión
- Mostrar acuerdo

### Instrumentos

Las sesiones del *Instituto Terapéutico de Madrid* se grabaron a través de un circuito cerrado de cámaras instalado en el centro, mientras que las sesiones del *Instituto Schilkrut* se obtuvieron con una cámara portátil de vídeo instalada en la consulta.

La categorización de la conducta de terapeutas y clientes se llevó a cabo mediante el Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT), que puede encontrarse íntegramente en el Anexo A.

La observación, registro y categorización de la conducta de terapeutas y clientes se realizó utilizando el programa informático The Observer XT 12.5 (Noldus®).

El análisis secuencial de los datos se llevó a cabo utilizando el software GSEQ 5.1, desarrollado por Bakeman y Quera (1995). Para transformar los datos de los registros realizados en The Observer XT al lenguaje manejado por el GSEQ y corregir los errores que exporta The Observer XT se utilizó la “Guía para exportar datos con la hoja de cálculo Obs-Gseq” y el documento en formato Excel “Hoja OBS-GSEQ”. Ambos instrumentos han sido desarrollados muy recientemente por nuestro grupo de investigación y no han sido publicados.

### *c. Procedimiento*

Se tomaron los registros llevados a cabo mediante el COVAT utilizados en el estudio descrito en el capítulo anterior y, empleando el GSEQ 5.1, se hallaron los residuos ajustados  $z$  para las distintas conductas dadas y condicionadas. A continuación se estudiaron los valores de este residuo, teniendo en cuenta que los valores superiores a 1,96 indican una frecuencia significativamente mayor que la esperada por azar, mientras que los valores inferiores a -1,96 indican una frecuencia significativamente menor de la esperada por azar. Así mismo, para tener una medida de la intensidad de la asociación se calculó en coeficiente de asociación  $Q$  de Yule, cuyo recorrido va desde -1 a 1, es decir, desde la independencia estadística hasta la asociación completa (Bakeman, McArthur, Quera y Robinson, 1997).

### 3. RESULTADOS

En la Tabla V.1. se presenta los resultados del análisis secuencial con retardo +1 entre las conductas antiterapéuticas del cliente y el resto de las categorías del COVAT (no se incluye la categoría *mostrar acuerdo* porque, por su propia definición, jamás podría seguir a una conducta antiterapéutica del cliente).

**Tabla V.1.** Dirección e intensidad de la contingencia entre las conductas antiterapéuticas del cliente y las distintas categorías del terapeuta y del cliente (retardo +1). Se destacan las contingencia positivas estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>	BAC	BAN	VAV ▪	EMA ▪	OAP ▪	OAG ▪	OES ▪	DIN ▪	ADS ▪	DAF ▪
<b>Conducta antiterapéutica dentro de sesión</b>	r = 36,79* Q = 0,85	r = -2,71* Q = -1,00	r = 18,55* Q = 0,61	r = -8,21* Q = -0,50	r = -6,00* Q = -0,48	r = -1,15 Q = -0,51	r = -5,91* Q = -0,28	r = -3,59* Q = -0,61	r = 6,92* Q = 0,21	r = 0,01 Q = 0,00
<b>Descripción antiterapéutica fuera de sesión</b>	r = 13,01* Q = 0,53	r = -0,61 Q = -0,22	r = -4,06* Q = -0,27	r = -2,26* Q = -0,17	r = -2,77* Q = -0,29	r = -1,15 Q = -1,00	r = -2,96* Q = -0,19	r = -2,72* Q = -0,70	r = 2,54* Q = 0,13	r = 17,36* Q = 0,69

BAC= Bloque aversivo contingente

BAN= Bloque aversivo no contingente

VAV= Verbalización aversiva

EMA= Emparejamiento aversivo

OAP= Operación de abolición personalizada

OAG= Operación de abolición generalizada

OES= Operación de establecimiento

DIN= Discriminativo instruccional

ADS= Conducta antiterapéutica dentro de sesión

DAF= Descripción antiterapéutica fuera de sesión

r= residuos ajustados

Q= Q de Yule

\*Contingencia significativa

El símbolo ▪ quiere decir que los análisis secuenciales correspondientes a esas categorías se llevaron a cabo eliminando los bloques aversivos de los registros. Como hemos explicado previamente, los bloques aversivos son categorías supra ordenadas especiales que agrupan un conjunto de verbalizaciones del terapeuta relacionadas temáticamente. No se trata de verbalizaciones o conductas específicas, como el resto de las categorías del COVAT, sino de conjuntos de verbalizaciones sobre un mismo contenido. Por esta razón llevamos a cabo un análisis secuencial adicional, también con retardo +1, eliminando de los registros los bloques aversivos. Este análisis nos permite

conocer cómo se relacionan las conductas antiterapéuticas de los clientes con las categorías del COVAT que hacen referencia a conductas específicas.

Como se puede apreciar en la Tabla V.1, los resultados del análisis secuencial apoyan la hipótesis 1. Existe una relación de contingencia positiva y significativa entre las *conductas antiterapéuticas* de los clientes y los *bloques aversivos contingentes*, siendo especialmente fuerte entre las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión* y los *bloques aversivos contingentes* ( $Q$  de Yule = 0,85).

Por otra parte, cuando eliminamos los bloques aversivos de los registros y analizamos las relaciones secuenciales con retardo +1 entre las verbalizaciones antiterapéuticas de los clientes y el resto de las categorías del COVAT, encontramos algunos resultados muy interesantes. Como cabría esperar, las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión* van seguidas de *verbalizaciones aversivas* del terapeuta con una probabilidad mayor de la esperada por azar. Esto no sucede, sin embargo, con la *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión*, cuya relación de contingencia con la *verbalización aversiva* es negativa y significativa. Lo que esto nos dice es que los terapeutas aplican de forma inmediata y consistente verbalizaciones aversivas para incidir sobre las conductas antiterapéuticas que exhibe el cliente en sesión, pero no hacen lo mismo con las descripciones de conductas antiterapéuticas ocurridas fuera de sesión. De hecho, si nos fijamos en la Tabla V.1, vemos que, en el caso de la *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión*, la relación de contingencia positiva y significativa más fuerte es con otra *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión*. Así, lo que con más probabilidad sigue a una descripción de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión no es una verbalización del terapeuta, sino otra descripción del cliente de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión. De la

misma manera, podemos ver que ambos tipos de conducta antiterapéutica mantienen una relación de contingencia positiva y significativa con las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión*.

Estos resultados indican que es común que el cliente muestre y, sobre todo, describa en sesión varias conductas antiterapéuticas sin que el terapeuta intervenga inmediatamente después de cada una de ellas. Sin embargo, en los casos en lo que lo hace, el terapeuta suele intervenir a través de *bloques aversivos contingentes*, que suelen comenzar con *verbalizaciones aversivas*. Y esto nos lleva a nuestra segunda hipótesis.

El grupo de hipótesis 2 hacía referencia al tipo de verbalización con la que más probablemente empezarían los *bloques aversivos*, en función de si se trataba de *bloques aversivos contingentes* (hipótesis 2.1) o *no contingentes* (hipótesis 2.2). Los resultados del anterior análisis secuencial sugieren que la hipótesis 2.1 probablemente se cumpla, sin embargo, para poder ponerla a prueba adecuadamente, llevamos a cabo un análisis secuencial con retardo +1 entre el inicio de los bloques y las distintas verbalizaciones del terapeuta que pueden ir dentro de un bloque. Los resultados se recogen en la Tabla V.2.

**Tabla V.2.** Dirección e intensidad de la contingencia entre el inicio de los bloques aversivos y las distintas verbalizaciones del terapeuta (retardo +1) Se destacan las relaciones contingencia positiva estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>	VAV	EMA	OAP	OAG	OES	DIN
<b>Bloque aversivo contingente</b>	r = 35,33* Q = 0,85	r = 6,28* Q = 0,29	r = 3,99* Q = 0,24	r = 0,49 Q = 0,16	r = 11,84* Q = 0,43	r = 1,17 Q = 0,14
<b>Bloque aversivo no contingente</b>	r = -2,01* Q = -0,17	r = 4,50* Q = 0,23	r = -0,81 Q = -0,38	r = -0,27 Q = -1,00	r = 5,77* Q = 0,70	r = 4,74* Q = 0,79

VAV= Verbalización aversiva  
EMA= Emparejamiento aversivo  
OAP= Operación de abolición personalizada  
OAG= Operación de abolición generalizada  
OES= Operación de establecimiento

DIN= Discriminativo instruccional  
r= residuos ajustados  
Q= Q de Yule  
\*Contingencia significativa



Como se puede apreciar, los resultados apoyan una de las hipótesis, pero refutan la otra. Por lo que se refiere a la hipótesis 2.1, tal y como anticipábamos, encontramos que la relación de contingencia positiva y estadísticamente significativa más fuerte se da entre el inicio del *bloque aversivo contingente* y la categoría *verbalización aversiva*. Así pues, los resultados parecen apoyar esta hipótesis y podemos afirmar que los bloques *aversivos contingentes* comienzan con *verbalizaciones aversivas* con mayor probabilidad que con ninguna otra categoría. Ahora bien, el análisis secuencial muestra que hay otras relaciones estadísticamente significativas, que nos hablan de otras posibilidades en lo que al inicio de los *bloques aversivos contingentes* se refiere. Destaca la relación entre el inicio del *bloque aversivo contingente* y la *operación de establecimiento*, siendo también estadísticamente significativas, aunque en menor medida, las relaciones de contingencia entre el inicio del bloque y las categorías *emparejamiento aversivo* y *operación de abolición personalizada*. Así pues, encontramos que los *bloques aversivos contingentes*, además de con *verbalizaciones aversivas*, también suelen comenzar, aunque en menor medida, con *operaciones de establecimiento*, *emparejamientos aversivos* y *operaciones de abolición personalizadas*.

En la hipótesis 2.2, sosteníamos que los *bloques aversivos no contingentes* del terapeuta comenzarían con más probabilidad con asociaciones aversivas, ya fuera *emparejamientos aversivos* u *operaciones de abolición*. En esta ocasión, encontramos que los datos no apoyan nuestra hipótesis. Como se puede ver en la Tabla V.2, los *bloques aversivos no contingentes* empiezan con una *operación de establecimiento* o un *discriminativo instruccional* con mayor probabilidad que con una asociación aversiva. Es más, el análisis secuencial muestra que ni siquiera hay una relación de contingencia significativa entre el inicio del *bloque aversivo no contingente* y las categorías *operación de abolición personalizada* y *operación de abolición generalizada*. Y, aunque que sí

existe una relación de contingencia positiva y significativa entre el inicio del *bloque aversivo no contingente* y la categoría *emparejamiento aversivo*, es la menos intensa de todas las halladas.

Llegados a este punto, quisimos conocer más acerca de las secuencias características dentro de los bloques aversivos, así que hicimos el análisis de la relación de contingencia con retardo +2 entre el inicio de los bloques y las distintas verbalizaciones del terapeuta. Este análisis adicional nos permite añadir un eslabón más a las cadenas de verbalizaciones del terapeuta más habituales durante el control verbal aversivo. Los resultados se presentan en la Tabla V.3.

**Tabla V.3.** Dirección e intensidad de la contingencia entre el inicio de los bloques aversivos y las distintas verbalizaciones del terapeuta (retardo +2) Se destacan las relaciones contingencia positiva estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>	VAV	EMA	OAP	OAG	OES	DIN
<b>Bloque aversivo contingente</b>	r = -4,16* Q = -0,21	r = 6,62* Q = 0,30	r = 4,24* Q = 0,25	r = 1,21 Q = 0,35	r = 1,28 Q = 0,06	r = 0,87 Q = 0,11
<b>Bloque aversivo no contingente</b>	r = -1,08 Q = -0,31	r = 3,92* Q = 0,58	r = 4,80* Q = 0,68	r = -0,27 Q = -1,00	r = -0,26 Q = -0,06	r = -0,75 Q = -1,00

VAV= Verbalización aversiva  
EMA= Emparejamiento aversivo  
OAP= Operación de abolición personalizada  
OAG= Operación de abolición generalizada  
OES= Operación de establecimiento

DIN= Discriminativo instruccional

r= residuos ajustados

Q= Q de Yule

\*Contingencia significativa

Los resultados de este análisis muestran que, en ambos tipos de bloques, la segunda categoría en aparecer suele ser una asociación aversiva, concretamente un *emparejamiento aversivo* o una *operación de abolición personalizada*.

Finalmente, para poner a prueba la hipótesis 3, llevamos a cabo el análisis de la relación de contingencia con retardo +1 entre el final de los bloques y las distintas categorías del cliente. Los resultados se recogen en la Tabla V.4.

**Tabla V.4.** Dirección e intensidad de la contingencia entre el final de los bloques aversivos y las distintas categorías del cliente (retardo +1). Se destacan las relaciones contingencia positiva estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>	MAC	ADS	DAF
<b>Bloque aversivo contingente</b>	r = 39,54* Q = 0,99	r = 27,19* Q = 0,74	r = 5,00* Q = 0,25
<b>Bloque aversivo no contingente</b>	r = 5,08* Q = 0,71	r = -0,80 Q = -0,21	r = 1,37 Q = 0,32

MAC= Mostrar acuerdo

ADS= Conducta antiterapéutica dentro de sesión

DAF= Descripción antiterapéutica fuera de sesión

r= residuos ajustados

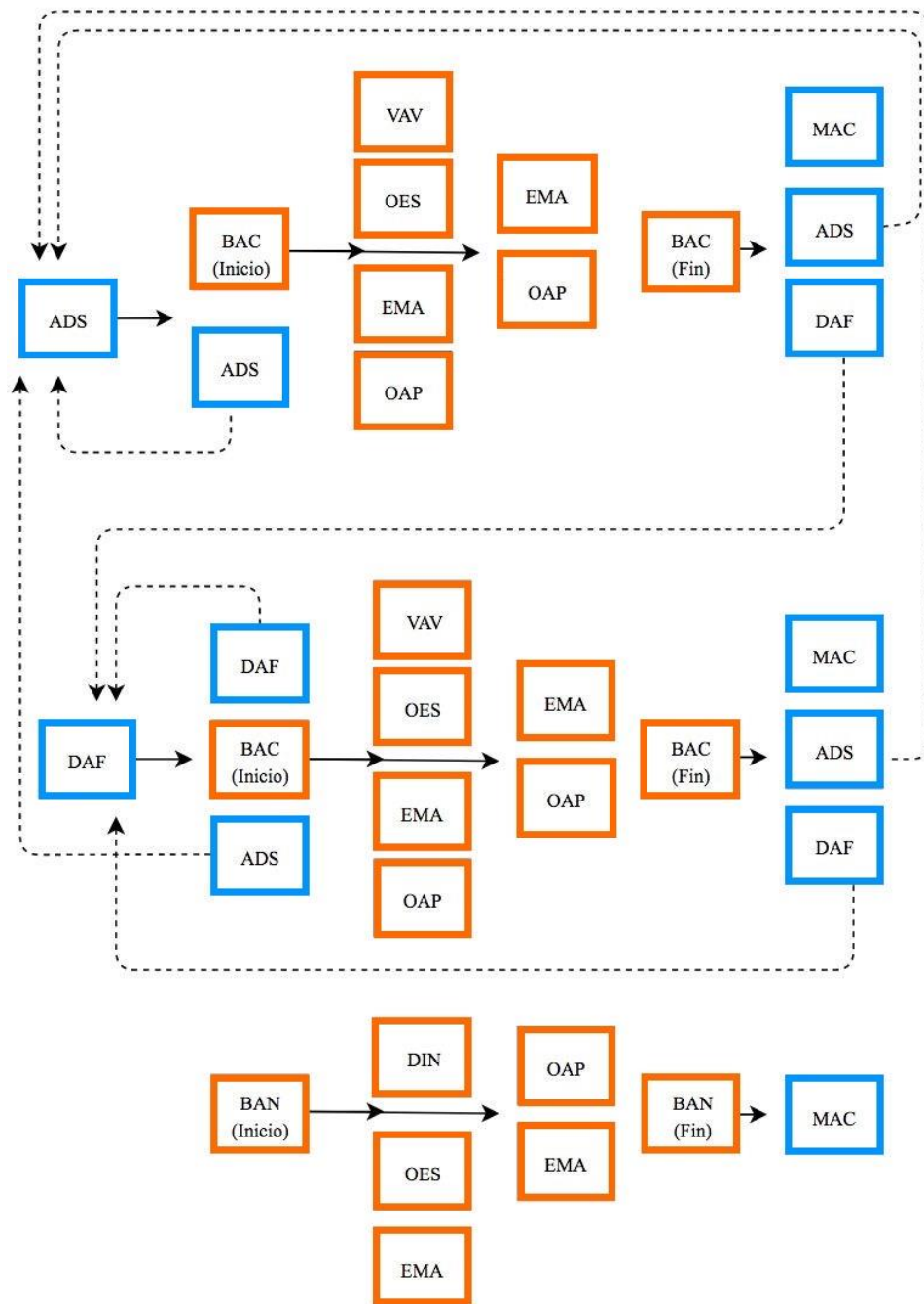
Q= Q de Yule

\*Contingencia significativa

Los resultados apoyan nuestra hipótesis, mostrando una relación de contingencia positiva, fuerte y estadísticamente significativa entre el final de ambos tipos de bloque y la categoría *mostrar acuerdo*. Así mismo, podemos ver que también existe una relación de contingencia positiva y significativa entre los *bloques aversivos contingentes* y las categorías de conducta antiterapéutica del cliente, especialmente fuerte en el caso de la *antiterapéutica dentro de sesión*.

En la Figura V.1 recogemos los resultados de los distintos análisis secuenciales descritos hasta ahora, en forma de diagramas de transición. Con estos diagramas buscamos representar de forma sencilla las cadenas de conductas que han mostrado una relación de contingencia positiva y significativa en los análisis secuenciales. No se deben tomar, pues, como una representación fiel de lo que sucede en terapia, sino como una simplificación de las interacciones más comunes en el control verbal aversivo de la conducta.

**Figura V.1.** Diagramas de transición de las relaciones de contingencia positiva y significativa planteadas en las hipótesis 1, 2 y 3, agrupadas en cadenas y ordenadas en función de la intensidad de la relación.



BAC= Bloque aversivo contingente  
BAN= Bloque aversivo no contingente

EMA= Emparejamiento aversivo  
DIN= Discriminativo instruccional  
OAG= Operación de abolición generalizada  
OAP= Operación de abolición personalizada  
OES= Operación de establecimiento  
VAV= Verbalización aversiva

ADS= Conducta antiterapéutica dentro sesión  
DAF= Descripción antiterapéutica fuera sesión  
MAC= Mostrar acuerdo

Relación de contingencia —————>  
Posible inicio de nueva secuencia .....>

Las flechas continuas representan una relación de contingencia positiva y significativa entre conductas, mientras que las líneas discontinuas representan el posible inicio de una nueva secuencia. Por otra parte, las conductas en cada paso de la secuencia están ordenadas verticalmente de mayor a menor, en función de la intensidad de la relación que mantienen con la conducta anterior.

#### **4. DISCUSIÓN**

En el capítulo anterior hicimos una descripción general de las frecuencias y dinámicas a lo largo de cada caso de las distintas categorías del COVAT, un análisis que, si bien arrojó resultados que merecen discusión, se quedaba corto de cara a entender de qué forma opera el control verbal aversivo. En este capítulo el análisis secuencial nos ha permitido ir un paso más allá y conocer más a fondo de qué forma utilizan los terapeutas el control verbal aversivo, pasando de la descripción al análisis de la interacción en terapia.

El estudio de las relaciones de contingencia entre las distintas categorías de conducta del COVAT ha arrojado interesantes resultados, que nos permiten establecer con mayor precisión las secuencias de conducta que caracterizan la aplicación del control verbal aversivo en terapia. Como hemos visto, los psicólogos no intervienen todas y cada una de las veces que los clientes llevan a cabo o describen una conducta antiterapéutica. Es cierto que existe una relación de contingencia significativa entre las conductas antiterapéuticas de los clientes y el control verbal aversivo del terapeuta y, en este sentido, podemos hablar de un uso sistemático de este procedimiento por parte de los psicólogos. Sin embargo, dicha contingencia no es absoluta y en ocasiones el cliente encadena varias conductas antiterapéuticas sin que el psicólogo intervenga aversivamente sobre ellas. Esto sucede, sobre todo, cuando el cliente describe las conductas antiterapéuticas que lleva a cabo fuera

de sesión. Así, los datos sugieren que los terapeutas actúan con sistematicidad sobre las conductas del cliente que se producen dentro de sesión, pero son menos sistemáticos con las descripciones de las conductas antiterapéuticas que se producen fuera. Una posible explicación es que los terapeutas están dejando hablar a los clientes sobre sus conductas antiterapéuticas fuera de sesión antes de someterlas a control aversivo, para así poder recabar información acerca de los posibles obstáculos y problemas que el cliente está teniendo en su día a día y hacer ajustes en la terapia si es necesario. En este sentido, sería interesante investigar en un futuro si se producen cambios a lo largo de la terapia en el nivel de sistematicidad con la que el terapeuta controla aversivamente las descripciones de conductas antiterapéuticas que se producen fuera de sesión. Quizá los terapeutas son menos sistemáticos aplicando el control verbal aversivo sobre este tipo de descripciones en las primeras sesiones de la terapia, durante la evaluación y las primeras sesiones de tratamiento, cuando necesitan conocer a fondo la conducta del cliente y los problemas o dificultades que pueden surgir en los primeros momentos, para así poder planificar, ajustar y optimizar la terapia. Después, según avanza el tratamiento, cuando el terapeuta ya conoce exhaustivamente la conducta del cliente y ha hecho los ajustes necesarios, es posible que se vuelva más sistemático en la aplicación del control verbal aversivo sobre las descripciones de conductas antiterapéuticas que se producen fuera de sesión. Como decimos, si bien en este trabajo no exploramos esta hipótesis, creemos que sería interesante investigarla en un futuro.

Los estadísticos descriptivos ya nos indicaban que cuando el terapeuta utiliza el control verbal aversivo, lo hace mayoritariamente a través de bloques aversivos contingentes. El análisis secuencial nos ha permitido saber que dichos bloques se utilizan sobre todo después de conductas antiterapéuticas que tienen lugar dentro de sesión y, en menor medida, después de descripciones de conductas antiterapéuticas que tiene lugar

fuera de sesión. Como hemos comentado en otras ocasiones, los bloques aversivos contingentes se caracterizan por estar basados, sobre todo, en procesos de tipo operante y tener una función potencial de castigo. Así pues, parece que los terapeutas utilizan potenciales castigos verbales de forma sistemática, especialmente cuando el cliente muestra en sesión conductas que pueden suponer un obstáculo para lograr los objetivos terapéuticos. Por otra parte, si analizamos el contenido de los bloques aversivos contingentes, encontramos que éstos suelen iniciarse con una verbalización aversiva del terapeuta, lo que parece apoyar esta idea. Ante una conducta antiterapéutica del cliente, el terapeuta actúa verbalizando palabras o expresiones que pueden funcionar como castigos, fomentando la reducción o desaparición de dichas conductas antiterapéuticas.

También es habitual, aunque en menor medida, que los *bloques aversivos contingentes* se inicien con una *operación de establecimiento*, es decir, una explicación en la que el terapeuta da información técnica al cliente o anticipa las consecuencias positivas que tendrá el cambio de conducta. Este hallazgo es interesante por diversas razones. En primer lugar, porque el hecho de que los bloques aversivos contingentes se inicien en ocasiones con una *operación de establecimiento* en lugar de con una categoría aversiva podría estar, de hecho, facilitando los procesos de condicionamiento aversivo. Dedicar tiempo a explicar aspectos relacionados con la terapia y a anticipar las consecuencias positivas que tendrá el cambio de conducta puede favorecer en el cliente un estado de ánimo más agradable y de mayor tranquilidad. Reducir el estado de ansiedad del sujeto podría favorecer el aprendizaje y hacer más fácil el establecimiento de asociaciones entre estímulos. Así, iniciar los *bloques aversivos contingentes* con una *operación de establecimiento* podría estar funcionando como una forma de “preparación”, como una estrategia para colocar al sujeto en un estado de ánimo que haría la asociación aversiva más potente y facilitaría el condicionamiento.

En segundo lugar, que los *bloques aversivos contingentes* se inicien a veces con *operaciones de establecimiento* también es interesante porque muestra que el control verbal aversivo, incluso cuando se basa mayoritariamente en el castigo operante, es más que simplemente palabras o expresiones desagradables. Si además tenemos en cuenta los resultados del análisis descriptivo que presentamos en el capítulo anterior, es posible que en cada bloque aversivo haya varias *operaciones de establecimiento*, intercaladas con otras categorías aversivas del terapeuta. Puesto que nuestro análisis secuencial sólo abarca los dos primeros eslabones de la cadena que conforma un bloque aversivo, no estamos en condiciones de afirmar que esto sea así y tan sólo podemos hipotetizarlo. Sin embargo, los resultados apuntan a que las *operaciones de establecimiento* tienen papel fundamental en los bloques aversivos, por lo que consideramos que sería interesante profundizar en el análisis secuencial e investigar más a fondo esta categoría y el rol que juega en el control verbal aversivo. En todo caso, y en línea con los resultados del capítulo anterior, el análisis secuencial muestra que los terapeutas incluyen con frecuencia fragmentos dirigidos a informar, dotar de recursos y motivar al cliente para el cambio, unos resultados que refutan varias de las críticas clásicas a los procedimientos de control aversivo de la conducta: que únicamente hacen hincapié en la conducta indeseable, que no logran que el sujeto comprenda porqué su conducta es problemática y que no ofrecen alternativas de conducta deseables.

Por otra parte, también encontramos que en ocasiones los *bloques aversivos contingentes* se inician con una asociación aversiva, más concretamente un *emparejamiento aversivo* o una *operación de abolición personalizada*, dos categorías que son también las que más habitualmente ocupan el segundo lugar dentro del *bloque aversivo contingente*. Ya hemos explicado previamente cómo este tipo de asociaciones verbales aversivas pueden tener un efecto duradero sobre la conducta del cliente fuera de



terapia, lo que rebate otra de las críticas habituales a los procedimientos aversivos: que sus efectos se circunscriben al contexto espaciotemporal en el que se aplican, manteniéndose la conducta problemática en todos los demás contextos en los que el control aversivo no es utilizado constante y sistemáticamente.

Así mismo, el análisis de la relación de contingencia entre el final de los *bloques aversivos contingentes* y las distintas categorías de conducta del cliente, ha mostrado que los clientes suelen *mostrar acuerdo* con el terapeuta con una muy alta probabilidad. Sin embargo, este dato debe ser tomado con precaución, ya que el contexto terapéutico es proclive a que el cliente se muestre aquiescente con el terapeuta. De hecho, el análisis secuencial muestra que también existe una relación de contingencia positiva y significativa entre el final de los bloques aversivos contingentes y las dos categorías de conducta antiterapéutica del cliente, siendo especialmente fuerte en el caso de las *conductas antiterapéuticas dentro de sesión*. Habría que investigar más a fondo estas dinámicas, pero parece posible que en estos casos, cuando los bloques aversivos no van seguidos de acuerdo sino de una conducta antiterapéutica del cliente, con esa nueva conducta antiterapéutica se inicie un nuevo ciclo: el terapeuta vuelve a intervenir a través de un bloque aversivo contingente, en un “tira y afloja” que se mantendría hasta que finalmente se logra el acuerdo del cliente.

Por otra parte, el análisis secuencial también nos ha permitido saber más acerca de los *bloques aversivos no contingentes*. El análisis descriptivo mostró que este tipo de bloques se utilizan con muy poca frecuencia, que usualmente se encuentran en las primeras sesiones de la terapia y que en muchas ocasiones su contenido es de carácter preventivo. El análisis secuencial es congruente con dichos hallazgos, puesto que encontramos que los *bloques aversivos no contingentes* suelen iniciarse con una verbalización no aversiva del terapeuta -*operación de establecimiento* o *discriminativo instruccional*- que va

seguida de una asociación aversiva *-operación de abolición personalizada o emparejamiento aversivo-*. Sería interesante investigarlo más a fondo, pero, en la línea de lo expuesto en el capítulo anterior sobre el contenido de estos bloques, parece que éstos a menudo consisten en una explicación del terapeuta sobre aspectos del proceso terapéutico, acompañada de verbalizaciones en las que se asocian tópicos y creencias erróneas sobre la terapia con términos de carácter aversivo. Así mismo, los resultados del análisis secuencial también sugieren que muchos de los bloques *aversivos no contingentes* consisten en el terapeuta dando una instrucción para, a continuación, advertir al cliente de las consecuencias negativas que tendrá no llevarla a cabo. De nuevo, estos hallazgos refutan otra de las críticas clásicas a los procedimientos aversivos: que sólo pueden utilizarse una vez que la conducta indeseable ha tenido lugar, nunca como forma de prevenir su aparición antes de que ocurra.

Finalmente, otro de los resultados que hemos encontrado muestra que las *descripciones en sesión de conductas antiterapéuticas ocurridas fuera de sesión* muy frecuentemente van seguidas de otra descripción del cliente de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión. Sería interesante investigar el contenido de este tipo de descripciones sucesivas y determinar si todas ellas hacen referencia a la misma conducta antiterapéutica o si se refieren a conductas diferentes.

En este capítulo y el anterior hemos dibujado una panorámica general del uso que hacen los terapeutas del control verbal aversivo en sesión, analizando casos pertenecientes a distintas problemáticas, con clientes de distinto género y edad y terapeutas con distintos grados de experiencia y diferentes modelos de intervención. En el siguiente capítulo profundizaremos en este último aspecto, analizando las diferencias en la aplicación del control verbal aversivo entre dos modelos de intervención diferentes.

# CAPÍTULO VI

## ***ESTUDIO EMPÍRICO III: Comparación del control verbal aversivo entre dos modelos de terapia***

### **1. INTRODUCCIÓN**

En los dos capítulos anteriores hemos presentado un análisis general del uso que hacen los terapeutas del control verbal aversivo y de su relación con las conductas antiterapéuticas de los clientes. En este tercer y último capítulo presentamos un estudio comparativo del uso del control verbal aversivo entre dos modelos de intervención diferentes: el *modelo conductual* y el *modelo AIT* (Foelsch, et al., 2014), cuyas características generales se detallan más adelante. Más concretamente, profundizaremos en las diferencias y similitudes entre ambos modelos en cuanto la frecuencia, distribución e interacción entre las verbalizaciones con potencial función de control aversivo de los terapeutas y las conductas antiterapéuticas de los clientes.

Como se explicó en la introducción del Capítulo IV, entendemos que los procesos de aprendizaje que subyacen a la terapia y que pueden explicar el cambio terapéutico son los mismos en todos los casos, con independencia de las características del terapeuta, del cliente, de la problemática tratada y del modelo de intervención utilizado. Cuestiones como la experiencia del terapeuta, la edad del cliente, la gravedad del problema o las técnicas utilizadas tienen un efecto en aspectos formales de la terapia, en cómo se lleva a cabo, sin embargo, a un nivel funcional, los procesos que explican el cambio clínico son independientes de esas particularidades. Todos los casos, todos los terapeutas y todos los modelos de intervención son susceptibles de ser analizados funcionalmente y, por lo

tanto, comparados entre sí, identificando las secuencias funcionales y los procesos de aprendizaje asociativo que, por un lado, explican la problemática del cliente y, por otro lado, explican de qué forma el terapeuta logra controlar y modificar la conducta del cliente de acuerdo con los objetos terapéuticos. Ahora bien, como hemos comentado, las diferencias entre casos, terapeutas y modelos sí tienen un efecto a nivel formal, en cuestiones como la explicación del problema, el establecimiento de objetivos terapéuticos, la duración la terapia, la periodicidad de las sesiones, el tipo de lenguaje empleado en las sesiones, las actividades que se llevan a cabo dentro y fuera de la clínica, el número de personas -profesionales o no- implicadas en el tratamiento, el uso de fármacos... Si bien estas diferencias a nivel formal no cambian en esencia los procesos funcionales que subyacen a la terapia y al cambio terapéutico, sí que pueden influir en sus dinámicas y, por consiguiente, en su nivel de eficiencia, como apuntan los trabajos previos del grupo de investigación en los que se ha comparado la labor de terapeutas conductuales expertos e inexpertos (Ruiz, 2011; De Pascual, 2015) o el modelo médico de enfermedad mental y el modelo psicológico conductual (Álvarez, 2017). Por esta razón hemos querido completar nuestro análisis del uso del control verbal aversivo con una comparativa, en este caso, entre dos modelos de intervención terapéutica: el modelo conductual y el modelo AIT.

El modelo conductual de intervención terapéutica se basa en los postulados científicos de la psicología del aprendizaje y, en este sentido, cuenta con más de un siglo de investigación a sus espaldas, tanto en el campo experimental como en el aplicado. El modelo conductual parte de una definición de lo psicológico como la forma en la que el individuo aprende a interactuar con su entorno, tanto externo como interno, y a emitir conductas que le permitan adaptarse a él. Según este planteamiento, los problemas psicológicos surgen cuando esta interacción provoca sufrimiento y/o tiene consecuencias

negativas para la persona y/o su entorno. En este sentido, el modelo conductual se distancia del concepto de enfermedad mental y los constructos psicológicos mentalistas, rechazando la idea de que las causas de los problemas psicológicos estén en el “interior” de la persona, ya se trate de variables orgánicas, rasgos de personalidad, esquemas mentales, traumas... De acuerdo con el modelo conductual, los problemas psicológicos pueden explicarse atendiendo a los procesos de aprendizaje que los han originado y están manteniendo, siendo su herramienta principal para ello el análisis funcional de la conducta. Así, típicamente, el tratamiento dentro del modelo conductual se inicia con una fase de evaluación en la que el psicólogo recoge toda la información relevante necesaria acerca del problema del cliente. A continuación, a través del análisis funcional, el psicólogo organiza la información recogida durante la evaluación y elabora una serie de hipótesis explicativas del problema, que serán las que determinen los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento a seguir. Dichas hipótesis son explicadas al cliente durante una o varias sesiones entre la fase de evaluación y la fase de tratamiento, puesto que dentro del modelo conductual se entiende que es imprescindible que el cliente aprenda a explicarse por qué le pasa lo que le pasa y por qué se siente como se siente, facilitando su implicación en la terapia y reduciendo el riesgo de reaparición del problema en el futuro. Durante la fase de tratamiento, el psicólogo conductual enseña al cliente nuevas formas de comportarse para resolver su problema, a través de técnicas de intervención empíricamente validadas en la investigación clínica y escogidas de acuerdo con el análisis funcional y los objetivos terapéuticos de cada caso particular. A medida que el cliente adquiere nuevos patrones de conducta y va resolviendo su problema, las sesiones de tratamiento se van espaciando, hasta que se alcanzan los objetivos terapéuticos. El tratamiento se da por terminado definitivamente tras un periodo de

seguimiento, en el que se evalúa si los logros alcanzados se han consolidado y se mantienen.

El modelo AIT (*Adolescent Identity Treatment*, Tratamiento para la Identidad del Adolescente) es un enfoque de intervención de reciente creación, centrado en el tratamiento de adolescentes con “difusión de identidad”. El modelo AIT tiene su origen en los trabajos de P. F. Kernberg acerca de los trastornos de personalidad en niños y adolescentes (ver, por ejemplo, Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000). Esta autora hacía un especial énfasis en la distinción entre los adolescentes con crisis de identidad “normales” y aquellos con “difusión de identidad”. Las crisis de identidad en la adolescencia se consideran parte normal del desarrollo de la personalidad y suelen resolverse satisfactoriamente, dando lugar a una personalidad integrada, adaptativa y flexible. Sin embargo, la “difusión de identidad” implica la incapacidad del adolescente para desarrollar un concepto coherente e integrado de sí mismo, que se refleja en problemas emocionales y de conducta que afectan a sus relaciones familiares, a sus interacciones sociales y a su desempeño académico y/o laboral. La “difusión de identidad” se considera, además, la base para el desarrollo en la edad adulta de diversos trastornos de personalidad, especialmente del “trastorno límite de personalidad”. Kernberg formó un grupo de trabajo centrado en diseñar una terapia específicamente enfocada a la detección y tratamiento de adolescentes con “difusión de identidad”, con el objetivo de ayudarles a desarrollar una identidad integrada, mejorar su funcionamiento y adaptación familiar, social y académico-laboral y prevenir el desarrollo de trastornos de personalidad graves en el futuro. Así fue como, a través de la integración de las teorías de los sistemas familiares, el apego y las relaciones objetales, el desarrollo neurocognitivo y el enfoque cognitivo conductual, el grupo de trabajo de Kernberg desarrolló el Tratamiento para la Identidad del Adolescente (AIT, por sus siglas en inglés). El AIT

comienza con una fase de evaluación orientada, en primer lugar, a establecer el diagnóstico diferencial entre una crisis de identidad normal y un caso de “difusión de identidad” y, en segundo lugar, a determinar cuáles son los problemas concretos del sujeto con relación a su identidad, de qué forma se reflejan éstos en su conducta y cómo afectan a las distintas áreas de su vida. Dichas áreas se abordan a través de un tratamiento multicomponente, que combina psicoeducación, la exploración sistemática de las verbalizaciones, afectos y conductas del adolescente en sesión, intervenciones ambientales y el trabajo con progenitores y docentes (Foelsch, et al., 2014).

Como se puede ver, el modelo conductual y el modelo AIT son muy diferentes en su origen y desarrollo, sus bases teóricas y conceptuales, sus modelos explicativos de los problemas psicológicos, sus objetivos generales y sus técnicas de intervención, tanto dentro como fuera de sesión. Estas diferencias muy probablemente se traducen en formas muy diferentes de hacer terapia. Las características del modelo conductual apuntan a una forma de hacer terapia más sistemática, centrada en lograr el cambio de conducta de la forma más eficiente posible. El trabajo del terapeuta conductual se centra, primero, en identificar los procesos de aprendizaje que explican el origen y mantenimiento de las conductas problema y, después, en actuar sobre esos procesos de aprendizaje y poner en marcha otros nuevos para eliminar las conductas problema e instaurar nuevas conductas deseables. Por su parte, las características del modelo AIT sugieren una forma de intervención más centrada en explorar y discutir los problemas de identidad del sujeto que en actuar directamente sobre las conductas problema. Para el terapeuta AIT las conductas problema son una consecuencia de los problemas de identidad, por lo que su trabajo no se centra en tratar de cambiar directamente estas conductas -como sí hace el terapeuta conductual- sino en incidir sobre la que considera que es su causa: la “difusión de identidad”. En este sentido, sería de esperar que los terapeutas conductuales hicieran

un uso más frecuente y sistemático del control verbal aversivo, en comparación con los terapeutas AIT. Uno de los objetivos principales del terapeuta conductual es reducir o eliminar las conductas antiterapéuticas, por lo que cabría esperar que hiciera un uso habitual y metódico del control verbal aversivo para incidir sobre ellas y desencadenar los procesos de aprendizaje que llevasen a su reducción o eliminación. Por su parte, el terapeuta AIT estaría interesado en explorar junto con el cliente cómo se relacionan sus conductas antiterapéuticas con sus problemas de identidad, más que en cambiar directamente dichas conductas antiterapéuticas. Por esta razón, no sólo consideramos probable que los terapeutas AIT utilicen el control verbal aversivo de forma menos frecuente y sistemática, sino que también consideramos posible que eviten hacer uso de esta herramienta, al considerar que la aparición de conductas antiterapéuticas es una oportunidad para explorar y trabajar sobre los problemas de identidad del sujeto.

Así pues, son muchas las diferencias entre el modelo conductual y el modelo AIT, que parecen tener un único punto en común: la interacción verbal entre terapeutas y clientes en sesión. Sin embargo, como hemos venido defendiendo, consideramos que ese punto en común es clave. Dicho punto en común implica que, independientemente de las diferencias a nivel formal entre ambos modelos, a nivel funcional los procesos que se están dando y que explican el cambio terapéutico son los mismos en ambos casos. Y es que entendemos, en primer lugar, que tanto los problemas psicológicos como el cambio clínico pueden explicarse atendiendo a las leyes universales del aprendizaje y, en segundo lugar, que los procesos de aprendizaje que subyacen al cambio clínico se catalizan a través de la interacción verbal entre terapeutas y clientes. Así pues, las diferencias entre modelos de intervención pueden afectar a la forma en la que se lleva a cabo la terapia, pero los procesos de aprendizaje que subyacen a ella son los mismos en todos los casos y se canalizan a través de la interacción verbal entre terapeutas y clientes. Por esta misma



razón consideramos también que todos los modelos de intervención, por muy diferentes que sean a nivel formal, pueden estudiarse y compararse a nivel funcional, a través del análisis de la interacción verbal entre terapeutas y clientes en sesión. Esas comparaciones pueden ser sumamente útiles y arrojar interesantes datos acerca de los mecanismos funcionales concretos que subyacen a distintos tipos de terapias, sus similitudes y diferencias.

Ahora bien, esto no debe entenderse en ningún caso como que consideramos que todas las formas de intervención son compatibles, equivalentes o igualmente válidas. Entendemos que este no es el espacio para ese debate, pero sí queremos dejar claro que no somos partidarios de los enfoques “holísticos” o “integrativos”. Que la eficacia de diferentes modelos de intervención pueda explicarse atendiendo a los mismos procesos no implica que dichos modelos sean igualmente válidos, lo que implica es que las terapias deberían diseñarse en base a esos procesos básicos, prescindiendo de otros constructos y artefactos explicativos que, en el mejor de los casos, nada aportan. Por otra parte, entendemos que la psicología en general, y la psicología clínica en particular, deben basarse en la investigación, el método científico y la evidencia empírica. Por esta razón, desde nuestro punto de vista, las terapias desarrolladas a partir de la investigación científica y aquellas que cuentan con apoyo empírico van a gozar siempre de un estatus de calidad y validez superior al de aquellas que no cumplen con dichos requisitos.

Así pues, teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta ahora, en este tercer estudio empírico comparamos el modelo de intervención conductual y el modelo AIT, para explorar las posibles diferencias entre ambos y poner a prueba las siguientes hipótesis:

*Hipótesis 1:* Habrá diferencias significativas en la frecuencia de las distintas categorías de conducta verbal del terapeuta entre el modelo conductual y el modelo AIT. Más concretamente, teniendo en cuenta las características de ambos modelos,

consideramos que los terapeutas conductuales harán un uso habitual del control verbal aversivo, mientras que el terapeuta AIT lo usará en menor medida, o incluso evitará utilizarlo. Esto se reflejará en que las frecuencias de las distintas categorías de conducta verbal del terapeuta serán significativamente mayores en el modelo conductual, en comparación con el modelo AIT.

*Hipótesis 2:* Habrá diferencias significativas en la frecuencia de las distintas categorías de conducta antiterapéutica del cliente entre el modelo conductual y el modelo AIT. Siguiendo el planteamiento anterior, consideramos que el uso más sistemático y frecuente del control verbal aversivo en el modelo conductual se reflejará en que las frecuencias de las categorías antiterapéuticas del cliente serán significativamente menores en dicho modelo, en comparación con el modelo AIT.

*Hipótesis 3:* Los resultados del análisis secuencial mostrarán diferencias entre el modelo conductual y el modelo AIT. Más concretamente, teniendo en cuenta las características de ambos modelos, consideramos que el terapeuta conductual se mostrará más sistemático al aplicar el control verbal aversivo sobre las conductas antiterapéuticas de los clientes, en comparación con el terapeuta AIT. Esto se reflejará en que, en el modelo conductual, las conductas antiterapéuticas de los clientes irán seguidas inmediatamente por *bloques aversivos contingentes* del terapeuta, algo que no ocurrirá en el modelo AIT. Así mismo, la mayor planificación y sistematicidad en la aplicación del control verbal aversivo por parte del terapeuta conductual también se reflejará en una construcción más metódica de los bloques aversivos, cuyo contenido será diferente en función de sus objetivos potenciales. Así, los *bloques aversivos contingentes* del terapeuta conductual comenzarán más probablemente con *verbalizaciones aversivas*, por su función potencial de castigo para la conducta antiterapéutica del cliente que precede siempre a este tipo de bloques, algo que no se

verá reflejado en el modelo AIT. Por otra parte, los *bloques aversivos no contingentes* del terapeuta conductual comenzarán más probablemente con asociaciones aversivas (*emparejamientos aversivos* u *operaciones de abolición*), por su capacidad potencial para condicionar aversivamente o contracondicionar las conductas antiterapéuticas del cliente a las que se refieren, algo que no encontraremos en el modelo AIT. También consideramos que el uso más intencional y planificado del control verbal aversivo en el modelo conductual logrará un mayor grado de aceptación por parte del cliente, lo que se reflejará en que los bloques aversivos irán seguidos de la conducta de *mostrar acuerdo* con mayor probabilidad que en el modelo AIT.

## 2. MÉTODO

### 2.1. *Participantes*

Se utilizó la misma muestra de 58 sesiones de terapia descrita en el Capítulo IV, esta vez dividida en dos submuestras en función del modelo de intervención utilizado por los terapeutas. La submuestra correspondiente al modelo conductual se compone de 26 sesiones completas, con una duración media de 48min 24sg, pertenecientes a tres casos de población adulta con diferentes problemas psicológicos, atendidos por dos terapeutas conductuales diferentes. La submuestra correspondiente al modelo AIT se compone de 32 sesiones, con una duración media de 52min 14sg, pertenecientes a un único caso de terapia individual con un adolescente, atendido por un único terapeuta (para más información acerca de las características de la muestra, consultar Tabla IV.1).

## 2.2. *Variables e Instrumentos*

### Variables

Como en el estudio previo, las variables analizadas en este estudio fueron la conducta verbal del terapeuta y la conducta del cliente, de acuerdo con las categorías del Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT).

### Instrumentos:

Las sesiones pertenecientes a la submuestra conductual se grabaron a través de un circuito cerrado de cámaras, mientras que las sesiones pertenecientes a la submuestra AIT se grabaron con una cámara portátil de vídeo instalada en la consulta.

La categorización de la conducta de terapeutas y clientes se llevó a cabo utilizando el Sistema de Categorización del Control Verbal Aversivo en Terapia (COVAT). Para más información acerca del sistema, consultar el Anexo A.

La observación, registro y categorización de la conducta de terapeutas y clientes se realizó mediante el software The Observer XT 12.5 (Noldus®).

Los estadísticos descriptivos y los contrastes de medias se llevaron a cabo mediante los programas Excel 2016 (Microsoft ®) e IBM SPSS Statistics 24 (IBM®), mientras que el análisis secuencial de los datos se llevó a cabo utilizando el software GSEQ 5.1 (Bakeman y Quera, 1995). Como en el estudio previo, para transformar los datos de los registros realizados en The Observer XT al lenguaje manejado por el GSEQ y corregir los errores que exporta The Observer XT se utilizó la “Guía para exportar datos con la hoja de cálculo Obs-Gseq” y el documento en formato Excel “Hoja OBS-GSEQ”, instrumentos de muy reciente creación que no han sido publicados.

### **2.3. *Procedimiento***

Se realizaron los mismos análisis descriptivos y secuenciales que en los dos estudios previos, pero separando las dos submuestras para poder compararlas. Así mismo, tras comprobar mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Levene que las variables analizadas no cumplían los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para determinar si las medias de cada muestra eran significativamente diferentes entre sí desde un punto de vista estadístico.

## **3. RESULTADOS**

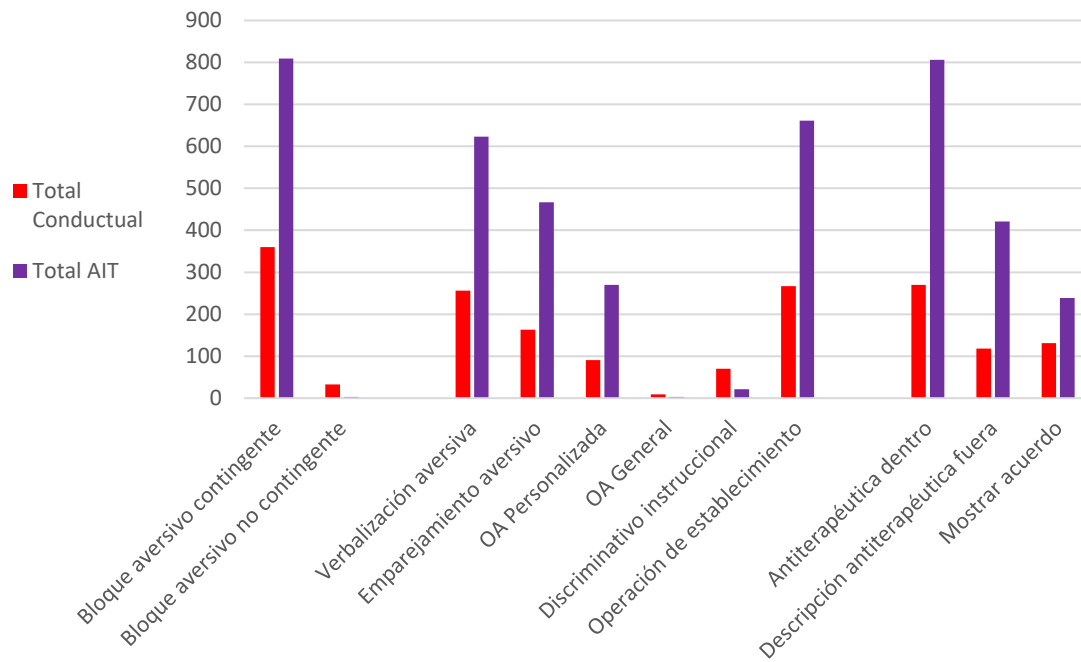
### *3.1 Estadísticos descriptivos y contrastes de medias (hipótesis 1 y 2)*

En la Tabla VI. 1 se recogen los principales estadísticos descriptivos según el modelo de intervención utilizado por los terapeutas. En las Figuras VI.1 y V.2 se representan, respectivamente, la frecuencia absoluta y la media de emisión por sesión de cada categoría del COVAT, en función del modelo de intervención del terapeuta.

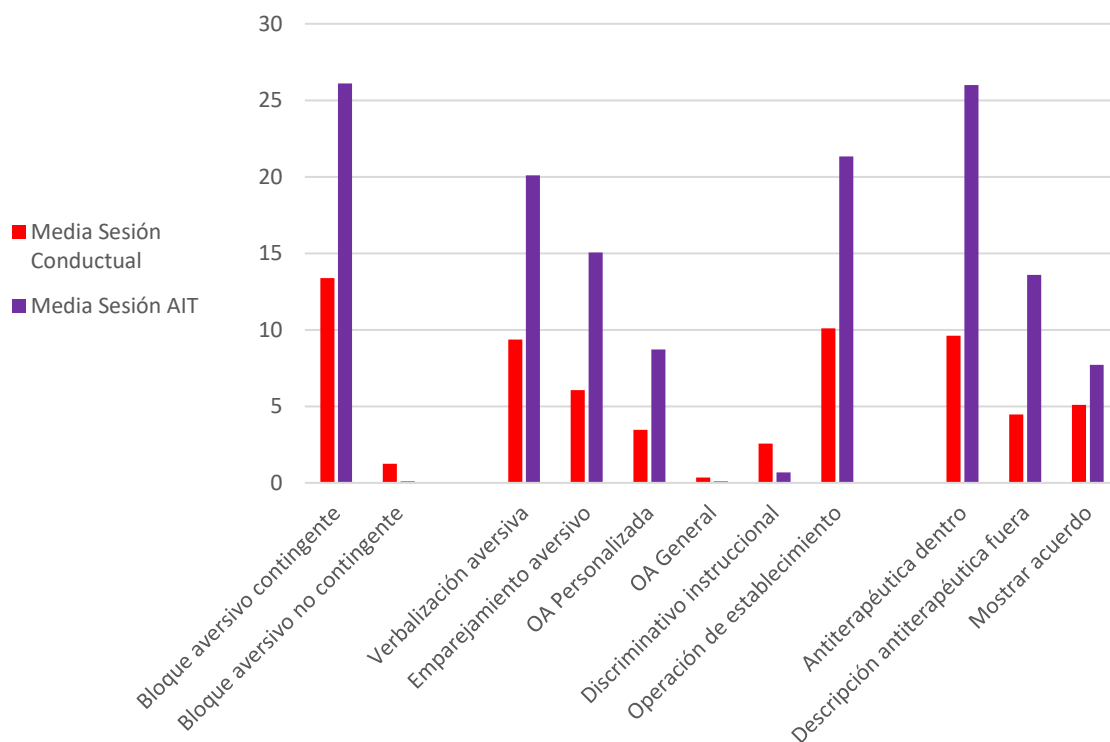
**Tabla VI.1.** Estadísticos descriptivos según el modelo de intervención del terapeuta.

<i>Modelo de Intervención</i>								
<i>Categorías</i>	<i>Conductual</i>				<i>AIT</i>			
	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Media sesión</i>	<i>DT</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Media sesión</i>	<i>DT</i>
<i>Bloques Aversivos</i>								
Bloque aversivo contingente	360	91,60	13,37	6,00	809	99,63	26,10	9,87
Bloque aversivo no contingente	33	8,40	1,24	0,87	3	0,37	0,10	0,40
Total	393	100			812	100		
<i>Categorías terapeuta</i>								
Verbalización aversiva	256	29,90	9,36	5,62	623	30,46	20,10	9,09
Emparejamiento aversivo	163	19,04	6,06	2,77	467	22,84	15,06	7,24
OA Personalizada	91	10,63	3,46	1,55	270	13,20	8,71	4,81
OA General	9	1,05	0,35	0,13	3	0,15	0,10	0,30
Discriminativo instruccional	70	8,19	2,56	2,08	21	1,03	0,68	0,83
Operación establecimiento	267	31,19	10,09	2,21	661	32,32	21,32	8,61
Total	856	100			2045	100		
<i>Categorías cliente</i>								
Antiterapéutica dentro de sesión	270	52,02	9,61	8,62	806	54,98	26	14,16
Descripción antiterapéutica fuera de sesión	118	22,74	4,47	0,74	421	28,71	13,58	8,57
Mostrar acuerdo	131	25,24	5,1	1,22	239	16,30	7,71	5,96
Total	519	100			1466	100		

**Figura VI.1.** Comparación de las frecuencias absolutas de las distintas categorías del COVAT según el modelo de intervención del terapeuta.



**Figura VI.2.** Comparación de las medias de emisión por sesión de las distintas categorías del COVAT según el modelo de intervención del terapeuta.



Los datos muestran que existen importantes diferencias entre las dos muestras, tanto en las frecuencias absolutas de cada categoría como en las medias de emisión por sesión, aunque no exactamente de la forma que esperábamos. Así, la muestra AIT presenta frecuencias absolutas y medias de emisión por sesión mayores en prácticamente todas las categorías, llegando en ocasiones casi a triplicar a las de la muestra conductual. Las únicas excepciones a esta tendencia son las categorías *bloque aversivo no contingente*, *operación de abolición generalizada* y *discriminativo instruccional*, cuyas frecuencias absolutas y las medias de emisión por sesión son manifiestamente mayores en la muestra conductual. Destacan especialmente las diferencias en los *bloques aversivos no contingentes*, cuya frecuencia absoluta es once veces mayor en la muestra conductual, y en el *discriminativo instruccional*, que supone un 8,19% de las verbalizaciones del terapeuta en el modelo conductual y sólo un 1,03% en el modelo AIT. Por su parte, la *operación de abolición generalizada* es la categoría menos utilizada en ambas muestras (menos de un 1,5%), pudiendo calificar su uso de anecdótico en comparación con el resto de las categorías y siendo las diferencias en su uso muy pequeñas entre ambas muestras.

Ahora bien, no es suficiente con saber que existen estas diferencias entre las dos muestras, necesitamos saber si se trata de diferencias estadísticamente significativas. Para ello, llevamos a cabo un contraste de medias para muestras independientes mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Como ya explicamos anteriormente, escogimos este estadístico tras comprobar, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que las variables no se ajustaban a la curva normal y, mediante la prueba de Levene, que no se podía asumir la igualdad de varianzas (homocedasticidad). Los resultados se recogen en la Tabla VI.2.



**Tabla VI.2. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada categoría del COVAT, aplicando la prueba U de Mann-Whitney.**

<i>Comparaciones entre modelo conductual y modelo AIT</i>		
	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Bloques Aversivos</i>		
Bloque aversivo contingente	-3,953	0,000**
Bloque aversivo no contingente	-3,038	0,002**
<i>Categorías terapeuta</i>		
Verbalización aversiva	-4,001	0,000**
Emparejamiento aversivo	-4,524	0,000**
OA Personalizada	-4,251	0,000**
OA General	-1,442	0,149
Discriminativo instruccional	-2,133	0,033*
Operación de establecimiento	-4,306	0,000**
<i>Categorías cliente</i>		
Antiterapéutica dentro de sesión	-4,073	0,000**
Descripción antiterapéutica fuera de sesión	-4,262	0,000**
Mostrar acuerdo	-2,083	0,037*

\* Significativo considerando  $\alpha=0,05$

\*\* Significativo considerando  $\alpha=0,01$

Como se puede comprobar, los resultados del contraste de medias revelan que las diferencias entre las dos muestras son estadísticamente significativas en todas las categorías, excepto la *operación de abolición generalizada* (lo que demuestra que su uso es anecdótico en ambas muestras por igual). Así, se confirma que el modelo conductual

presenta frecuencias significativamente menores que el modelo AIT en prácticamente todas las categorías del terapeuta, lo que refuta la hipótesis 1, así como en las dos categorías antiterapéuticas del cliente, lo que apoya la hipótesis 2.

Ahora bien, si nos fijamos en los porcentajes de uso de cada categoría, podemos ver importantes similitudes entre las dos muestras. En ambas se hace un uso manifiestamente mayor de los *bloques aversivos contingentes* y las categorías del terapeuta se distribuyen de forma similar, siendo la más frecuente en ambos casos la *operación de establecimiento*. Lo mismo sucede con las categorías del cliente, que presentan una distribución muy semejante, siendo la más común en ambas muestras la *conducta antiterapéutica dentro de sesión*. En este sentido, pudiera parecer que las muestras se distinguen en la medida, pero no en la forma en la que se usa el control verbal aversivo. En términos absolutos, el modelo AIT presenta un mayor número de conductas antiterapéuticas del cliente y un uso mucho más frecuente del control verbal aversivo, mientras que en términos porcentuales las frecuencias y medias de emisión por sesión muy similares en ambas muestras. Ahora bien, hay dos excepciones importantes y significativas a esta tendencia: los *bloques aversivos no contingentes* y los *discriminativos instruccionales* se usan en distinta proporción en las dos muestras, siendo significativamente más frecuentes en el modelo conductual. Así, mientras que el uso de estas categorías es anecdótico en la muestra AIT (menos del 1,05%), en la muestra conductual suponen un 8% del control verbal aversivo aproximadamente.

### 3.2 Análisis secuencial (hipótesis 3)

En la Tabla VI.3 se recogen los resultados del análisis secuencial con retardo +1 entre las conductas antiterapéuticas del cliente y el resto de las categorías del COVAT, ordenadas en función del modelo de intervención del terapeuta.

## Capítulo VI: Comparación entre dos modelos de intervención

**Tabla VI.3.** Dirección e intensidad de la contingencia entre las conductas antiterapéuticas del cliente y las distintas categorías del terapeuta y del cliente (retardo +1), en función del modelo de intervención del terapeuta. Se destacan las contingencia positivas estadísticamente significativas<sup>5</sup>.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>		BAC	BAN	VAV ▪	EMA ▪	OAP ▪	OAG ▪	OES ▪	DIN ▪	ADS ▪	DAF ▪
<b>Conducta antiterapéutica dentro de sesión</b>	<b>Conductual</b>	r = 22,64* Q = 0,91	r = -2,38* Q = -1,00	r = 17,06* Q = 0,84	r = -3,80* Q = -0,48	r = -2,43* Q = -0,40	r = -1,49 Q = -1,00	r = -5,86* Q = -0,60	r = -3,33* Q = -0,70	r = 0,77 Q = 0,07	r = -0,73 Q = -0,10
	<b>AIT</b>	r = 29,45* Q = 0,83	r = -0,83 Q = indef	r = 11,39* Q = 0,48	r = -7,35* Q = -0,52	r = -5,70* Q = -0,53	r = 0,43 Q = indef	r = -3,32* Q = -0,18	r = -0,95 Q = -0,28	r = 7,40* Q = 0,32	r = 0,42 Q = 0,03
<b>Descripción antiterapéutica fuera de sesión</b>	<b>Conductual</b>	r = 5,86* Q = 0,51	r = -0,02 Q = -0,01	r = -0,42 Q = -0,05	r = -3,24* Q = -0,69	r = -1,44 Q = -0,35	r = -1,49 Q = -1,00	r = -0,08 Q = -0,01	r = -2,17* Q = -0,74	r = 2,55* Q = 0,27	r = 8,37* Q = 0,72
	<b>AIT</b>	r = 11,78* Q = 0,55	r = -0,57 Q = indef	r = -4,33* Q = -0,34	r = -0,95 Q = -0,08	r = -2,41* Q = -0,28	r = -0,64 Q = indef	r = -3,37* Q = -0,25	r = -1,03 Q = -0,47	r = 1,43 Q = 0,09	r = 15,37 Q = 0,69

BAC= Bloque aversivo contingente  
 BAN= Bloque aversivo no contingente  
 VAV= Verbalización aversiva  
 EMA= Emparejamiento aversivo  
 OAP= Operación de abolición personalizada  
 OAG= Operación de abolición generalizada  
 OES= Operación de establecimiento  
 DIN= Discriminativo instruccional

ADS= Conducta antiterapéutica dentro de sesión  
 DAF= Descripción antiterapéutica fuera de sesión

r= residuos ajustados  
 Q= Q de Yule  
 \*Contingencia significativa  
 indef = indefinido (datos insuficientes)

<sup>5</sup> Como en el estudio previo, no se incluye la categoría *mostrar acuerdo* y los análisis correspondientes a las categorías señaladas con el símbolo ▪ se llevaron a cabo eliminando los bloques aversivos de los registros.

En las Tabla VI.4 y VI.5 se recogen, respectivamente, los resultados del análisis secuencial con retardo +1 y retardo +2 entre el inicio de los dos tipos de bloques aversivos y las distintas verbalizaciones del terapeuta que pueden ir dentro de ellos.

**Tabla VI.4.** Dirección e intensidad de la contingencia entre el inicio de los bloques aversivos y las distintas verbalizaciones del terapeuta (retardo +1), según el modelo de intervención del terapeuta. Se destacan las relaciones contingencia positiva estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>		VAV	EMA	OAP	OAG	OES	DIN
<b>Bloque Aversivo Contingente</b>	<b>Conductual</b>	r = 24,23* Q = 0,93	r = 1,48 Q = 0,14	r = 2,70* Q = 0,30	r = 0,11 Q = 0,05	r = 3,08* Q = 0,23	r = 0,46 Q = 0,07
	<b>AIT</b>	r = 26,33* Q = 0,81	r = 6,52* Q = 0,34	r = 3,07* Q = 0,22	r = 0,64 Q = indef	r = 12,16* Q = 0,50	r = 1,14 Q = 0,27
<b>Bloque Aversivo No Contingente</b>	<b>Conductual</b>	r = -1,91 Q = -0,70	r = 5,37* Q = 0,71	r = -0,57 Q = -0,28	r = -0,42 Q = -1,00	r = 4,85* Q = 0,66	r = 2,39* Q = 0,55
	<b>AIT</b>	r = -0,71 Q = indef	r = -0,61 Q = indef	r = -0,45 Q = indef	r = -0,05 Q = indef	r = 4,06* Q = indef	r = -0,12 Q = indef

**Tabla VI.5.** Dirección e intensidad de la contingencia entre el inicio de los bloques aversivos y las distintas verbalizaciones del terapeuta (retardo +2), según el modelo de intervención del terapeuta. Se destacan las relaciones contingencia positiva estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>		VAV	EMA	OAP	OAG	OES	DIN
<b>Bloque Aversivo Contingente</b>	<b>Conductual</b>	r = -5,24* Q = -0,52	r = 4,06* Q = 0,34	r = 3,19* Q = 0,34	r = 0,10 Q = 0,04	r = 2,79* Q = 0,21	r = 1,62 Q = 0,22
	<b>AIT</b>	r = -1,53 Q = -0,09	r = 5,33* Q = 0,29	r = 3,07* Q = 0,22	r = 2,11* Q = indef	r = -0,30 Q = -0,02	r = -1,66 Q = -0,65
<b>Bloque Aversivo No Contingente</b>	<b>Conductual</b>	r = -0,95 Q = -0,28	r = 4,11* Q = 0,63	r = 4,11* Q = 0,67	r = -0,42 Q = -1,00	r = -0,04 Q = -0,01	r = -1,20 Q = -1,00
	<b>AIT</b>	r = -0,72 Q = indef	r = 1,24 Q = indef	r = 4,30* Q = indef	r = -0,05 Q = indef	r = -0,74 Q = indef	r = -0,12 Q = indef

VAV= Verbalización aversiva  
EMA= Emparejamiento aversivo  
OAP= Operación de abolición personalizada  
OAG= Operación de abolición generalizada  
OES= Operación de establecimiento

DIN= Discriminativo instruccional  
r= residuos ajustados  
Q= Q de Yule  
\*Contingencia significativa  
indef = indefinido (datos insuficientes)

Por último, llevamos a cabo el análisis secuencial con retardo +1 entre el final de los bloques y las distintas categorías del cliente en ambas muestras. Los resultados se recogen en la Tabla VI.6.

**Tabla VI.6.** Dirección e intensidad de la contingencia entre el final de los bloques aversivos y las distintas categorías del cliente (retardo +1), en función del modelo de intervención del terapeuta. Se destacan las relaciones contingencia positiva estadísticamente significativas.

<i>Conductas dadas/ condicionadas</i>		MAC	ADS	DAF
<b>Bloque Aversivo Contingente</b>	<b>Conductual</b>	r = 21,95* Q = 0,98	r = 13,74* Q = 0,73	r = 2,69* Q = 0,28
	<b>AIT</b>	r = 32,86* Q = 1,00	r = 23,61* Q = 0,74	r = 4,35* Q = 0,25
<b>Bloque Aversivo No Contingente</b>	<b>Conductual</b>	r = 4,01* Q = 0,65	r = -0,22 Q = -0,06	r = 2,44* Q = 0,52
	<b>AIT</b>	r = -1,12 Q = indef	r = -2,19 Q = indef	r = -1,49 Q = indef

MAC= Mostrar acuerdo

ADS= Conducta antiterapéutica dentro de sesión

DAF= Descripción antiterapéutica fuera de sesión

r= residuos ajustados

Q= Q de Yule

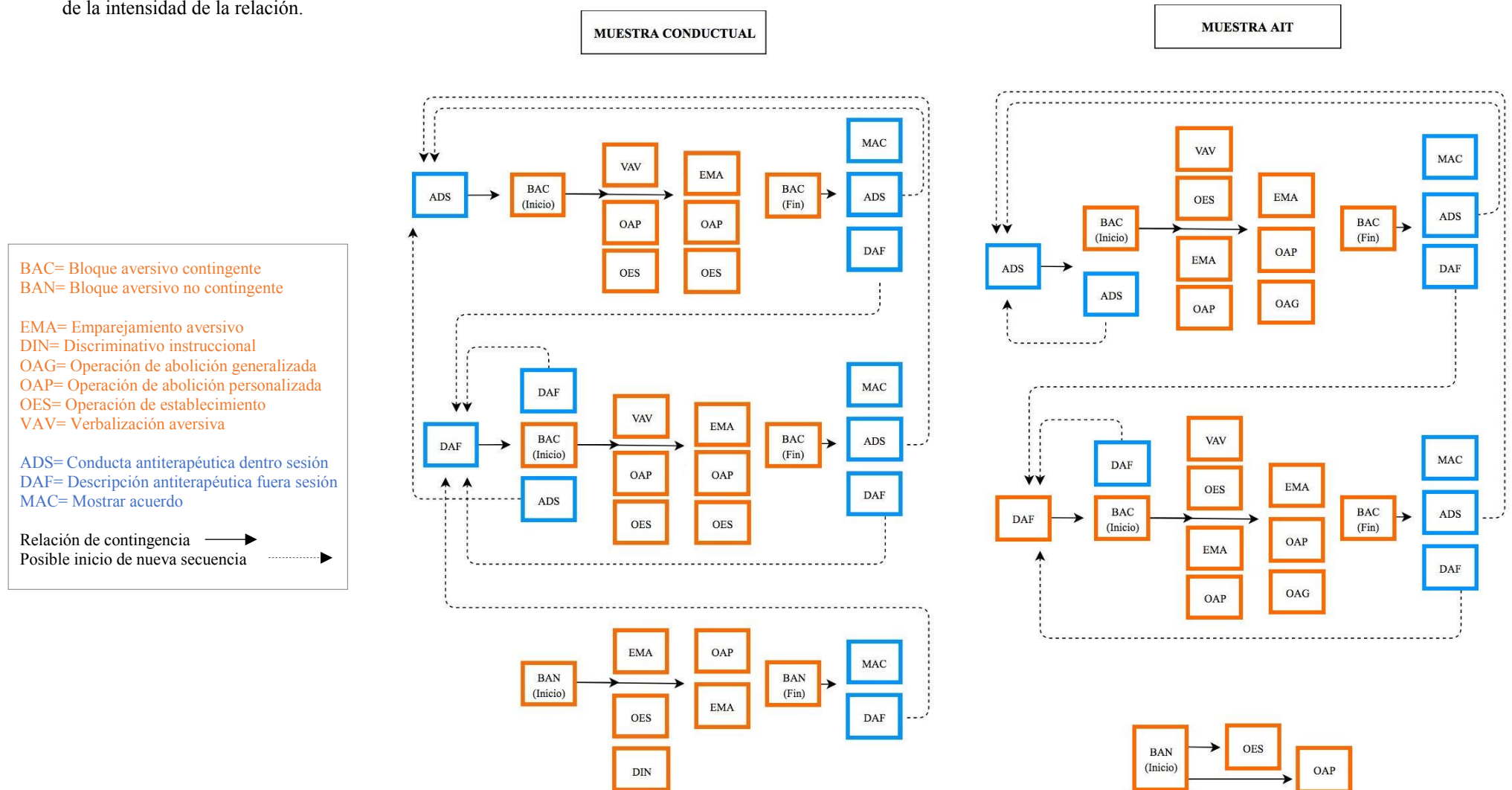
\*Contingencia significativa

indef = indefinido (datos insuficientes)

En la Figura VI.3 representamos los resultados de los distintos análisis secuenciales en diagramas de transición. Como en capítulo anterior, estos diagramas no deben tomarse como una representación fiel, sino como una simplificación de las interacciones más comunes en el control verbal aversivo. Las flechas continuas representan una relación de contingencia positiva y significativa entre conductas, mientras que las líneas discontinuas representan el posible inicio de una nueva secuencia. Así mismo, las conductas en cada paso de la secuencia están ordenadas verticalmente de mayor a menor, según la intensidad de la relación que mantienen con la conducta anterior.

## Capítulo VI: Comparación entre dos modelos de intervención

**Figura V.1.** Diagramas de transición de las relaciones de contingencia positiva y significativa halladas en ambas muestras, agrupadas en cadenas y ordenadas en función de la intensidad de la relación.



A la vista de los resultados de los distintos análisis secuenciales, podemos ver que la hipótesis 3 se refuta y que en ambos modelos se hace un uso muy similar del control verbal aversivo. Así, las conductas antiterapéuticas del cliente van seguidas por *bloques aversivos contingentes* del terapeuta de forma significativa en ambos modelos. Es más, la fuerza de la asociación entre la *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión* y el *bloque aversivo contingente* es mayor en el modelo AIT que en el modelo conductual. Así mismo, en ambos modelos encontramos una asociación positiva y fuerte entre el inicio de los *bloques aversivos contingentes* y las *verbalizaciones aversivas*, siendo en ambos casos la categoría con la que más probablemente empiezan ese tipo de bloques. Igualmente, los bloques aversivos van seguidos de la categoría *mostrar acuerdo* con mayor probabilidad de la esperada por azar en ambos modelos. Es más, los resultados revelan que en ambas muestras se dan las mismas relaciones de contingencia entre el final de los *bloques aversivos contingentes* y las distintas categorías del cliente, siendo la fuerza de la asociación también similar en ambas muestras. La única diferencia que sí parece existir entre los dos modelos tiene que ver con los *bloques aversivos no contingentes*, puesto que los datos muestran que en el modelo conductual estos bloques comienzan más probablemente con asociaciones aversivas, concretamente *emparejamientos aversivos*, algo que no ocurre en el modelo AIT.

Por lo tanto, si bien los resultados de los análisis secuenciales muestran algunas diferencias entre ambos modelos que van más allá de la hipótesis planteada, lo cierto es que las similitudes entre ambos modelos superan a dichas diferencias. Como se puede apreciar en los diagramas, la estructura general de las secuencias es muy parecida excepto, de nuevo, en el caso de los *bloques aversivos no contingentes*. Así, como ya sucedía con los estadísticos descriptivos, a nivel secuencial también parece que la principal diferencia entre las dos muestras tiene que ver con los *bloques aversivos no contingentes*. En el

modelo conductual hemos encontrado diversas relaciones de contingencia positiva y significativa entre el inicio y el final de los *bloques aversivos no contingentes* y el resto de las categorías del sistema, que nos permiten establecer una secuencia completa de la estructura que suele tener el *bloque aversivo no contingente* en este modelo. Sin embargo, en el modelo AIT, precisamente porque su uso es muy reducido, no hemos hallado suficientes relaciones de contingencia como para poder establecer una secuencia completa de la estructura del *bloque aversivo no contingente*. Las únicas relaciones de contingencia significativa que hemos encontrado -entre el inicio de los *bloques aversivos no contingentes* y las categorías *operación de establecimiento* (+1) y *operación de abolición personalizada* (+2)- son tan poco comunes que no ha sido posible establecer la fuerza de la asociación

#### 4. DISCUSIÓN

En el Capítulo IV ya vimos que el caso perteneciente al modelo AIT (caso 4) se distinguía muy claramente de los casos pertenecientes al modelo conductual (caso 1, 2 y 3) en la dinámica que seguían las distintas categorías del COVAT a lo largo de las sesiones. Mientras que los casos conductuales mostraban -de forma general, aunque con variaciones- una tendencia con forma de U invertida desde el momento en que se establecían los objetivos de la terapia, el caso AIT mostraba una sucesión de picos y valles sin una tendencia general definida. Dichas diferencias sugerían una posible influencia del modelo de intervención en la forma en la que se usaba el control verbal aversivo y en su potencial efecto sobre las conductas antiterapéuticas de los clientes. Los resultados presentados en este capítulo parecen apoyar esa idea, aunque no de la forma que hipotetizábamos.



Como hemos visto, existen diferencias significativas entre las dos muestras en la frecuencia de todas las categorías del COVAT, menos en la *operación de abolición generalizada* (cuyo uso es insignificante en ambas muestras por igual). En prácticamente todos los casos estas diferencias son a favor de la muestra AIT, que presenta un número significativamente mayor de conductas antiterapéuticas del cliente y, en contra de lo esperado, un uso significativamente más frecuente del control verbal aversivo. Por otra parte, hemos visto que, pese a estas diferencias a nivel de frecuencias, a nivel porcentual las distintas categorías se distribuyen de una manera muy similar en ambas muestras. Así, de forma general, pudiera parecer que en ambos modelos de intervención los terapeutas usan el control verbal aversivo de la misma manera, con la diferencia de que en el modelo AIT se hace en mayor medida. Y, teniendo en cuenta que estas diferencias en frecuencias también se aplican al cliente, podríamos llegar a pensar que simplemente se trata de que el cliente es más “difícil” en el modelo AIT, lo que obliga al terapeuta a usar el control verbal aversivo en mayor medida. Así, podríamos llegar a la conclusión de que el uso del control verbal aversivo es similar en ambas muestras, que los terapeutas, independientemente de su modelo de intervención, usan el control verbal aversivo de la misma manera y que la única diferencia entre las dos muestras tiene que ver con un cliente más “problemático”, que exhibe un mayor número de conductas antiterapéuticas y obliga al terapeuta a usar el control verbal aversivo en mayor medida.

Ahora bien, si esto fuera así, resultaría difícil de explicar por qué el caso 4 muestra una dinámica tan diferente de la dinámica de los caso 1, 2 y 3. Si en ambos modelos el control verbal aversivo se utilizase de la misma manera y la diferencia fuera sólo una cuestión de frecuencias, el caso 4 debería mostrar tendencias similares a las de los otros tres casos, pero más arriba en el eje de ordenadas.

Pero no es así.

¿Dónde está la diferencia entonces?

En los *bloques aversivos no contingentes* y el *discriminativo instruccional*. Mientras que en el resto de las categorías del COVAT el modelo AIT presenta frecuencias significativamente más altas con porcentajes de uso similares a la muestra conductual, en las categorías *bloque aversivo no contingente* y *discriminativo instruccional* esta tendencia se revierte totalmente. Así, encontramos que en estas categorías no sólo los porcentajes de uso difieren mucho entre ambas muestras, sino que además lo hacen a favor de la muestra conductual. Mientras que en el modelo AIT estas categorías suponen menos del 1,05% del control aversivo, en la muestra conductual suponen en torno al 8%. Por lo tanto, parece que la clave para explicar las diferencias entre ambos modelos en la frecuencia y la dinámica de las distintas categorías podría estar relacionada con el uso que hace el terapeuta conductual del *bloque aversivo no contingente* y del *discriminativo instruccional* (o con el no-uso que hace el terapeuta AIT de estas categorías).

El análisis secuencial nos ha permitido saber más acerca de este asunto, reforzando la idea de que las categorías *bloque aversivo no contingente* y *discriminativo instruccional* pueden estar marcando una diferencia importante entre las dos muestras. Si bien los resultados del análisis de contingencias revelaron diferencias entre las dos muestras en prácticamente todos los casos, los hallazgos pusieron de manifiesto que en general son más las semejanzas. Excepto, de nuevo, en el caso del *bloque aversivo no contingente* y el *discriminativo instruccional*.

El uso de los *bloques aversivos no contingentes* es tan reducido en la muestra AIT que no ha sido posible hallar suficientes relaciones de contingencia significativa como para proponer una secuencia completa de la estructura típica de uno de estos bloques. Por su parte, los *discriminativos instruccionales* ni siquiera aparecen en los análisis de contingencias que llevamos a cabo en la muestra AIT. Mientras, el análisis secuencial de

la muestra conductual no sólo nos permitió establecer una secuencia completa de la estructura típica del *bloque aversivo no contingente*, sino que además mostró que existe una relación de contingencia positiva y significativa entre el inicio de estos bloques y el *discriminativo instruccional*. Por lo tanto, las dos categorías que parecen estar detrás de las diferencias en las frecuencias y dinámicas entre las dos muestras están, además, relacionadas entre sí. Más concretamente, encontramos que en algunos casos los *bloques aversivos no contingentes* se inician con un *discriminativo instruccional*, que suele ir seguido de una asociación aversiva (*operación de abolición personalizada* o *emparejamiento aversivo*) para terminar, bien con un *mostrar acuerdo* del cliente, bien con una *descripción en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión*.

Así, los resultados sugieren que cuando el terapeuta conductual instruye tareas al cliente, en ocasiones las acompaña de verbalizaciones en las que, o bien explica las consecuencias perjudiciales que tendrá para el cliente no seguirlas, o bien insiste en el carácter negativo de no llevarlas a cabo. El cliente suele responder, bien mostrando acuerdo con la instrucción y la explicación, bien describiendo lo que posiblemente sean sus dificultades para llevar a cabo la conducta instruida fuera de sesión. Por lo tanto, parece que el terapeuta conductual dedica tiempo durante las sesiones a proponer acciones concretas dirigidas a alcanzar los objetivos de la terapia y a discutir las consecuencias negativas de no llevar a cabo dichos cambios. Por otra parte, si bien no podemos afirmar que el terapeuta AIT no instruye en absoluto -puesto que nuestro análisis se reduce al control verbal aversivo y no tiene en cuenta los posibles discriminativos instruccionales emitidos fuera de los bloques aversivos-, sí que podemos afirmar que el terapeuta AIT no acompaña sus posibles instrucciones de explicaciones sobre las consecuencias perjudiciales o el carácter negativo de no seguirlas. En este sentido, sería de gran interés investigar las diferencias en la forma de instruir entre las dos muestras, puesto que

trabajos anteriores del grupo de investigación han mostrado una relación entre la forma de instruir y el seguimiento de dichas instrucciones por parte de los clientes (Marchena, 2017).

Circunscribiéndonos al control verbal aversivo, que es sobre lo único sobre lo que podemos hacer afirmaciones con los datos de los que disponemos, parece que mientras que el terapeuta conductual actúa de una forma más pragmática, el terapeuta AIT lo hace de una forma más “socrática”. El terapeuta conductual utiliza el control verbal aversivo, no sólo para incidir sobre las conductas antiterapéuticas que se dan dentro y fuera de sesión, sino también para tratar de aumentar la probabilidad de que el cliente lleve a cabo otras conductas proterapéuticas, y lo hace a través de la explicitación de las consecuencias perjudiciales que tendrá no llevarlas a cabo o asociando el no hacerlo con términos aversivos. Mientras, el terapeuta AIT utiliza el control verbal para incidir, de forma exhaustiva a lo largo de toda la terapia, sobre las conductas antiterapéuticas que el cliente muestra dentro y fuera de sesión. Esto es congruente con los principios y objetivos de los dos modelos terapéuticos, tal y como los explicamos al comienzo de este capítulo. Mientras que la terapia conductual se centra en determinar cómo el sujeto ha adquirido sus conductas problemáticas, para incidir después sobre esos aprendizajes y establecer otros nuevos que den lugar a nuevas conductas deseables, la terapia AIT se centra en la exploración sistemática de las contradicciones y problemas identitarios del cliente, para incidir sobre ellos y ayudar al sujeto a resolverlos y desarrollar una identidad coherente e integrada. Así, parece lógico que en el modelo conductual haya un espacio dentro del control verbal aversivo dedicado a incitar la puesta en marcha de conductas proterapéuticas, mientras que en el modelo AIT el control verbal aversivo consista en un trabajo intensivo de confortación de las conductas y verbalizaciones del cliente relacionadas con su “difusión de identidad”.

Así mismo, esto explicaría por qué las frecuencias son mucho más altas en el modelo AIT y porqué la evolución de las distintas categorías a lo largo de la terapia es tan diferente entre los dos modelos de intervención. El modelo conductual se centra en provocar el cambio de conducta de forma directa, utilizando herramientas que inciden sobre los procesos de aprendizaje que están manteniendo la conducta problemática, junto con otras herramientas que buscan el establecimiento de nuevos aprendizajes más adaptativos. Esto deriva en un cambio de conducta rápido, que se refleja 1) en frecuencias más bajas de las conductas antiterapéuticas del cliente y, en consecuencia, en un uso menos frecuente del control verbal aversivo por parte del terapeuta conductual y 2) en una dinámica de tendencia descendente como la que pudimos observar en los casos del modelo conductual en el Capítulo IV. El modelo AIT, por su parte, busca provocar el cambio de conducta de forma indirecta, trabajando para resolver los problemas de “difusión de identidad” del sujeto -que serían los que estarían causando las conductas problemáticas-, fomentar el desarrollo de una identidad integrada y, de esta manera, provocar el cambio de conducta. Por lo tanto, el foco del control verbal aversivo en el modelo AIT no está en reducir las conductas problemáticas del sujeto y sustituirlas por otras conductas adaptativas, sino en confrontar al sujeto con sus propias conductas problemáticas como parte del trabajo de clarificación de la identidad. Así, se trabaja de forma intensa y constante sobre las conductas antiterapéuticas del cliente a lo largo de toda la terapia, incidiendo en su carácter negativo, en sus consecuencias perjudiciales y en cómo se relacionan unas conductas problemáticas con otras. Eso se refleja en unas frecuencias mucho mayores, tanto de las conductas antiterapéuticas del cliente como del uso del control verbal aversivo por parte de terapeuta, y en una dinámica de picos y valles como la que vimos en el Capítulo IV.

En definitiva, tal y como proponíamos al comienzo de este capítulo, parece que el control verbal aversivo se utiliza en ambos modelos de intervención, aunque las particularidades de cada modelo hacen que se utilice de diferente manera. No queremos cerrar este capítulo sin dedicar algo más de espacio a este asunto en particular, por las implicaciones que tiene. La distinta forma en la que cada modelo conceptualiza los problemas psicológicos, su explicación y la forma de resolverlos, hacen que los objetivos que persiguen los terapeutas al usar el control verbal aversivo sean diferentes y, por tanto, que hagan un uso diferente de esta herramienta. Pero en ambos casos el control verbal aversivo se utiliza de forma frecuente y sistemática, incluso aunque no podamos afirmar que los terapeutas lo hagan de forma deliberada y planificada. Es más, sospechamos que son muchos los terapeutas que utilizan constantemente el control verbal aversivo en sus intervenciones sin ser conscientes de ello, o incluso pensando que nunca lo hacen. Especialmente si tenemos en cuenta la enérgica oposición que los terapeutas que trabajan desde determinados modelos muestran hacia el uso de cualquier procedimiento de control aversivo de la conducta, sin entender bien qué es el control aversivo de la conducta ni que éste puede adoptar muchas formas diferentes.

Los terapeutas de multitud de modelos de intervención mantienen una concepción estereotipada y rígida del control aversivo de la conducta, que lo reduce a procedimientos cuyo uso está más que superado en la actualidad y lo asocia con una baja eficacia y toda una serie de efectos secundarios indeseables. Dicho concepto surge de la confusión entre el significado técnico de los términos “control”, “aversivo” y “conducta” dentro del modelo psicológico conductual y el significado común de esas palabras en nuestra comunidad lingüística. Es más, buena parte de las críticas que se le hacen al modelo conductual, tachándolo de frío, mecanicista o deshumanizador, provienen de un desconocimiento o entendimiento pobre de los conceptos técnicos conductuales.

Términos como “control” o “castigo”, que son tecnicismos con un significado muy concreto dentro del modelo conductual, son interpretados de acuerdo con su significado común y corriente, lo que conduce a una interpretación muy equivocada del modelo conductual y de sus postulados. Instamos desde aquí a una lectura e interpretación correcta de la terminología conductual, que evite polémicas vacías y discusiones infructuosas, y termine con la concepción estereotipada del conductismo como un modelo reduccionista, mecánico y alejado de la persona. Y muy especialmente, por lo que se refiere a esta tesis, instamos a un uso e interpretación correctos de la terminología conductual relacionada con el control aversivo, libre de los prejuicios y estereotipos asociados al significado común y corriente de esas palabras.

Cuando en este trabajo hablamos de “control aversivo de la conducta” hablamos de algo muy concreto: de aquellas situaciones en las que a) una conducta y/o los estímulos que la provocan se asocian con algún tipo de estimulación desagradable, o b) las consecuencias de un comportamiento son desagradables para el emisor de tal comportamiento. En ambos casos el resultado es que el sujeto establece una conexión entre la conducta y los estímulos aversivos, que deriva en la reducción o desaparición de dicha conducta. El control aversivo puede adoptar muchas formas y una de ellas es el control verbal aversivo, objeto de estudio de esta tesis, que se caracteriza porque los estímulos aversivos que se asocian con las conductas son de tipo verbal. Así pues, allá donde haya interacción verbal, se puede estudiar el control verbal aversivo de la conducta.

La terapia es un contexto de interacción verbal por excelencia y los resultados de esta tesis han mostrado que se puede estudiar el control verbal aversivo en terapia con independencia del modelo de intervención del terapeuta. Dicho modelo sí parece influir en la forma concreta en la que se usa el control verbal aversivo y, aunque no podemos hablar sobre otros modelos de intervención ni afirmar que en todos ellos se utiliza esta

herramienta, sí podemos afirmar que cualquier modelo de intervención o forma de terapia es susceptible de ser estudiado de la misma forma en la que se han estudiado los modelos conductual y AIT en este trabajo. En este sentido, sería sumamente interesante incorporar otras formas de intervención a nuestro análisis y aprender más sobre las peculiaridades, semejanzas y diferencias que existen entre distintos modelos y formas de terapia, en lo que al uso del control verbal aversivo se refiere. Porque, aunque los datos de los que disponemos son limitados y no nos permiten hacer afirmaciones tan generales, sospechamos que el control verbal aversivo es una herramienta de uso frecuente por todo tipo de terapeutas, incluidos los que más vehementemente rechazan cualquier tipo de intervención de carácter aversivo. Y es que, cuando no se entiende bien qué es el control verbal aversivo exactamente, se puede estar utilizando de forma frecuente sin ser consciente de ello e, incluso, rechazando su utilización. En el mejor de los casos, esto implica que el terapeuta está perdiendo la oportunidad de optimizar el uso que hace de esta herramienta, a través de una planificación deliberada y una aplicación sistemática de acuerdo con los objetivos terapéuticos. En el peor de los casos, el uso espontáneo y asistemático del control verbal aversivo puede tener efectos contraproducentes en el desarrollo de la terapia. En este sentido, urge un estudio más detallado de esta herramienta, las variables con las que interactúa, sus efectos concretos en la conducta del sujeto... Cuanto más sepamos sobre cómo se usa y cómo debería usarse el control verbal aversivo, mejor sabremos cómo aprovechar al máximo sus potencialidades y reducir al mínimo sus riesgos, contribuyendo de esta manera al desarrollo de terapias más eficaces.



# CAPÍTULO VII

## *CONCLUSIONES FINALES*

### **1. EL CONTROL VERBAL AVERSIVO EN TERAPIA**

Los métodos aversivos de control de la conducta son objeto de controversia desde hace décadas, en el centro de un debate en el que los argumentos utilizados se basan muy a menudo en mitos, prejuicios y opiniones personales más que en datos y evidencia empírica. El discurso más aceptado sostiene que son “malos”, “ineficaces” o “peligrosos” y los asocia con el “autoritarismo”, la “deshumanización” o la “crueldad” en lo que, irónicamente, es un ejercicio de control verbal aversivo del control aversivo que ha resultado ser muy eficaz. El uso sistemático y planificado de métodos de control aversivo de la conducta despierta un intenso rechazo, no sólo entre la opinión pública en general, sino también entre los propios profesionales de la psicología, que en ocasiones difunden, perpetúan y dotan de credibilidad lo que no son sino mitos y medias verdades sobre el control aversivo, derivados de un estudio a menudo sesgado y en general insuficiente de esta herramienta.

Indudablemente, los métodos de control verbal aversivo de la conducta han sido utilizados en ocasiones de formas poco o nada éticas, con motivaciones cuestionables o directamente mal. Pero el mal uso de una herramienta no puede achacarse a la herramienta en sí, sino a la inexperiencia, la incapacidad, la imprudencia o la falta de ética de quien la usa. No diríamos que los martillos, los cuchillos o los bates de beisbol son “malos” porque se puedan usar para golpear o apuñalar, ni recomendaríamos que jamás se utilizasen para

clavar un clavo, preparar la comida o hacer deporte por el riesgo que conlleva su mal uso. Las sustancias químicas utilizadas en la quimioterapia son potenciales venenos mortales y suelen causar efectos secundarios muy desagradables para el paciente, pero nunca diríamos que la quimioterapia es “mala” o que jamás debería utilizarse para tratar el cáncer (y quienes afirman tales cosas, o bien lo hacen por ignorancia, o bien lo hacen buscando el beneficio propio a costa de desesperación, la salud y, en muchas ocasiones, la vida de otras personas). Cuando una herramienta es útil o necesaria para alcanzar un objetivo, pero su uso entraña riesgos, la forma de evitar o minimizar dichos riesgos no es dejar de utilizarla, es aprender a usarla bien. Es más, toda herramienta entraña un riesgo y puede ser perjudicial si no se utiliza bien, y aquí se incluye el refuerzo y cualquier otra técnica de intervención psicológica. Por lo tanto, la respuesta no es desterrar el control aversivo de la terapia, sino investigarlo a fondo para aprender a utilizarlo de la mejor forma posible.

Desde sus inicios, uno de los principales objetivos de la investigación que se recoge en esta tesis ha sido el de contribuir al estudio del control aversivo de la conducta desde una base teórica sólida y a través de una metodología rigurosa y con suficientes garantías científicas. Dentro del abanico de posibilidades que ofrece el estudio de las técnicas de control aversivo de la conducta, decidimos centrarnos en el control verbal aversivo, no sólo porque probablemente es la técnica de control aversivo más frecuentemente utilizada (dentro y fuera de la terapia psicológica) sino porque consideramos que el lenguaje, la interacción verbal terapeuta-cliente, es el catalizador de los procesos de aprendizaje que explican el cambio clínico. El trabajo realizado desde entonces, apoyado en los desarrollos, hallazgos y aportaciones previas del grupo de investigación, nos ha permitido elaborar una definición del control verbal aversivo que tiene en cuenta los procesos de aprendizaje implicados en el lenguaje y el cambio de conducta -tanto pavlovianos como

operantes-, y saber más acerca de cómo usan los terapeutas el control verbal aversivo en sesión.

### ***1.1 La definición del control verbal aversivo***

El control verbal aversivo se define como una herramienta para la reducción o eliminación de conductas basada en el uso contingente de palabras, frases o expresiones que, ya sea por su contenido, por su forma o por la combinación de ambas, provocan reacciones desagradables de malestar, incomodidad, ansiedad...

El control verbal aversivo se basa en mecanismos tanto pavlovianos como operantes. Así, las verbalizaciones aversivas pueden adquirir tanto el papel de estímulos condicionados aversivos como de castigos, contribuyendo a reducir o eliminar las conductas a las que acompañan a través del proceso de contracondicionamiento o a través del proceso de castigo operante. Sin embargo, en la práctica, los mecanismos pavlovianos y los operantes interactúan constantemente y no pueden estudiarse los unos sin tener en cuenta los otros. De hecho, si las verbalizaciones aversivas pueden actuar como castigos es porque han adquirido su carácter aversivo previamente, a través de procesos de condicionamiento pavloviano. Del mismo modo, el contracondicionamiento verbal aversivo funciona para eliminar conductas porque el sujeto aprende a evitarlas, a través de un proceso de reforzamiento negativo (proceso operante).

Los efectos potenciales del control verbal aversivo se extienden tanto a conductas que se están dando en el mismo momento y lugar en el que se aplica, como a conductas que se producen en momentos y espacios diferentes e, incluso, a conductas que nunca se han producido. Esto es así porque el lenguaje permite trascender el aquí y ahora, traer al presente eventos pasados, futuros o hipotéticos y operar sobre ellos como si estuvieran sucediendo ahora mismo. Esta característica del lenguaje, por la cual las palabras

adquieren parte de las propiedades de las realidades a las que hacen referencia y nos permiten interactuar con ellas casi como si se tratase de dichas realidades -o lo que es lo mismo, la transferencia de funciones y la equivalencia funcional-, se puede explicar con base en procesos de condicionamiento clásico (véase Mowrer, 1954). Esto hace del control verbal aversivo, y del control verbal de la conducta en general, una herramienta con un enorme potencial. El lenguaje, a través de procesos de condicionamiento clásico y operante, nos permite influir sobre conductas que, de otra manera, serán difíciles o imposibles de controlar, así como actuar de forma preventiva sobre conductas que ni siquiera han sucedido.

### ***1.2 El uso del control verbal aversivo en terapia***

Tal y como comentábamos en la introducción a este apartado, el uso sistemático y planificado del control aversivo en terapia genera un profundo rechazo, lo que lleva a muchos terapeutas a afirmar que ellos nunca lo utilizan. Los resultados de esta tesis nos llevan cuestionar dicha afirmación, puesto que hemos podido comprobar que todos los terapeutas analizados usaron el control verbal aversivo con frecuencia, incluso aunque no podamos afirmar que lo hicieran de una forma deliberada y metódica. Así mismo, hemos encontrado que la forma en la que se usa el control verbal aversivo es bastante homogénea de unos terapeutas a otros, si bien es cierto que existen algunas diferencias en función de los objetivos del terapeuta y su modelo de intervención.

En este sentido, hemos encontrado que los terapeutas aplican el control verbal aversivo a través de *bloques aversivos*, que son conjuntos de verbalizaciones caracterizadas por tener coherencia temática y contener siempre una verbalización o asociación verbal de carácter aversivo como mínimo. Si bien los *bloques aversivos* funcionan como una unidad definida temáticamente, cada uno de sus posibles componentes cumple una función potencial diferente, en todos los casos orientada a la

reducción o eliminación de la conducta antiterapéutica a la que hacen referencia. Así, dentro de los *bloques aversivos* no sólo encontramos verbalizaciones con potencial función de castigo (*verbalizaciones aversivas*) y asociaciones verbales que facilitan el contracondicionamiento aversivo las conductas antiterapéuticas (*asociaciones aversivas*), también encontramos una serie de verbalizaciones acompañantes que no son aversivas, pero que contribuyen en el objetivo de reducción de la conducta antiterapéutica. En este sentido, hemos encontrado que los terapeutas incluyen con mucha frecuencia en sus *bloques aversivos* fragmentos de información en los que explican al cliente aspectos relacionados con su conducta, con la terapia o con las consecuencias positivas que tendrá dejar de llevar a cabo la conducta antiterapéutica (*operaciones de establecimiento*). Igualmente, aunque en menor medida, los terapeutas asignan tareas y actividades orientadas al cambio de conducta como parte de los *bloques aversivos* (*discriminativo instruccional*).

Los *bloques aversivos* se utilizan de distintas maneras:

- De forma contingente a las conductas antiterapéuticas de los clientes.

Cuando los clientes muestran o describen conductas antiterapéuticas en sesión, los terapeutas actúan sobre ellas a través de *bloques aversivos contingentes*. Los *bloques aversivos contingentes* tienen, como unidad temática, una función potencial de castigo operante para la conducta a la que siguen. Dicha función general se ve completada y reforzada por las funciones potenciales de los distintos componentes que puede incluir el bloque (*asociaciones aversivas, operaciones de establecimiento, discriminativos instruccionales*), funciones que están basadas tanto en procesos de condicionamiento clásico como en procesos de condicionamiento operante (contracondicionamiento aversivo, operación motivacional, estímulo discriminativo...).

- De forma anticipada y preventiva.

Los terapeutas también usan *bloques aversivos no contingentes*, es decir, bloques que son independientes de la aparición de la conducta antiterapéutica a la que hacen referencia. Esto no sólo les permite incidir sobre una conducta antiterapéutica sin tener que esperar a que el cliente la lleve a cabo o la describa en sesión, sino que también les permite actuar sobre conductas antiterapéuticas que el cliente podría llevar a cabo, cuando considera que existe el riesgo de que lo haga. El uso de los *bloques aversivos no contingentes* se basa, sobre todo, en el establecimiento de asociaciones verbales entre descripciones de la conducta antiterapéutica que se busca reducir, eliminar o prevenir y términos o expresiones de carácter aversivo. Dichas *asociaciones verbales* contribuyen a contracondicionar aversivamente la conducta antiterapéutica a través de procesos de condicionamiento clásico, lo que incita a su evitación por parte del cliente y a su desaparición duradera a través del reforzamiento negativo que mantiene esa repuesta operante de evitación.

- Para fomentar el seguimiento de instrucciones.

Dentro del modelo de intervención conductual, el control verbal aversivo también se utiliza en algunas ocasiones como estrategia para fomentar el cumplimiento de las tareas asignadas por el terapeuta. Se trata de un uso minoritario pero importante del control verbal aversivo, que se lleva a cabo mayoritariamente a través de *bloques aversivos no contingentes*. En ocasiones, los terapeutas conductuales acompañan sus instrucciones de asociaciones aversivas en las que alertan al cliente de las consecuencias perjudiciales que tendrá para ellos no cumplirlas (*operación de abolición personalizada*) o inciden en el carácter negativo del incumplimiento (*emparejamiento aversivo*). El objetivo de estas asociaciones es contracondicionar aversivamente el incumplimiento de las tareas, de tal forma que no seguir las instrucciones genere malestar en el sujeto. La única forma de

reducir dicho malestar será evitando incumplir las tareas o, lo que es lo mismo, cumpliendo con ellas. De esta manera, la conducta de seguimiento de las instrucciones se refuerza negativamente por la desaparición del malestar asociado al incumplimiento y se refuerza positivamente por el avance en el logro de los objetivos terapéuticos.

La observación sistemática, registro y análisis descriptivo y secuencial del uso que hacen los terapeutas del control verbal aversivo en sesión, no sólo nos ha permitido hacernos una idea más concreta sobre cómo se utiliza realmente el control verbal aversivo en terapia, sino que también nos ha permitido refutar con evidencia empírica algunos de los mitos y críticas clásicas al uso del control aversivo de la conducta:

- *El control aversivo no logra que el sujeto comprenda por qué su conducta es problemática ni las razones por las que se comporta así.*

Los resultados han mostrado que lo que más hacen los terapeutas cuando usan el control verbal aversivo en sesión es dar explicaciones. Más de un tercio del control verbal aversivo consiste en explicar al sujeto aspectos relacionados con su conducta, la forma en la que la adquirió, por qué se mantiene, cuáles son sus consecuencias, cómo actuar para cambiarla y qué beneficios concretos tendrá ese cambio.

- *El control aversivo solo hace hincapié en la conducta problema, sin ofrecer alternativas de conducta deseables.*

El control verbal aversivo hace un énfasis especial en la conducta a eliminar, pero no se reduce completamente a ella. Es común que los terapeutas acompañen el control verbal aversivo de instrucciones sobre conductas alternativas deseables, así como explicaciones acerca de los beneficios que tendrá llevarlas a cabo.

- *El control aversivo sólo puede utilizarse cuando la conducta problema ya se ha dado, pero no sirve para prevenir su aparición.*

Los terapeutas usan asociaciones verbales aversivas, basadas en procesos de condicionamiento clásico, que les permiten condicionar aversivamente conductas que aún no se han producido. Dicho condicionamiento aversivo previene la aparición de dichas conductas a través del proceso operante de aprendizaje por evitación.

- *Los efectos del control aversivo se limitan al contexto en el que se aplica y no se generalizan a los contextos en los que el control aversivo no es utilizado de forma constante y sistemática.*

Al igual que en el caso de las conductas que aún no se han producido, los terapeutas usan asociaciones aversivas para contracondicionar conductas que tienen lugar en otros momentos y lugares, ampliando el rango de acción del control verbal aversivo más allá del contexto espacio-temporal en el que se aplica. Los procesos de condicionamiento clásico activados a través de las asociaciones aversivas permiten contracondicionar aversivamente conductas que no se están dando en ese mismo momento y lugar, mientras que los procesos operantes de aprendizaje por evitación resultantes del contracondicionamiento aversivo de dichas conductas favorecen su desaparición sostenida en el tiempo.

## **2. LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS**

Pese a que nos hemos guiado en todo momento por una actitud científica y pese a que hemos tratado de seguir una metodología rigurosa y con suficientes garantías científicas, existen ciertos aspectos podrían derivar en una mejora de la investigación aquí descrita. Este apartado no debe tomarse únicamente como una enumeración testimonial de algunas



de las cosas que consideramos que harían mejor este trabajo, sino como un compromiso con su incorporación en futuros estudios.

### **2.1. Consideraciones generales**

- Sería conveniente aumentar el tamaño y la variabilidad de la muestra, añadiendo casos pertenecientes a diferentes modelos de intervención, terapeutas con distintas características y grados de experiencia, clientes con diferentes problemáticas y particularidades.... De esta manera aumentaríamos la representatividad de los resultados y lograríamos una mejor caracterización del uso que se hace del control verbal aversivo en terapia.
- Sería sumamente interesante incorporar el contenido de las verbalizaciones al análisis del control verbal aversivo. De esta manera podríamos clasificar las distintas conductas antiterapéuticas de los clientes en función de su contenido, monitorizar la evolución y los cambios que experimentan dichos contenidos a lo largo de la terapia y relacionar dichos cambios con el control verbal aversivo.
- Así mismo, sería interesante investigar la posible relación entre el uso del control verbal aversivo y variables relacionadas con la eficacia de los tratamientos (duración, mantenimiento de los logros obtenidos, satisfacción del cliente...)
- Algunas sesiones no pudieron incorporarse al análisis por no haber sido grabadas, estar perdidas o dañadas, lo que ha podido tener un impacto en los resultados, especialmente en el análisis caso por caso de la evolución de las distintas categorías a lo largo de la terapia.

### **2.2. Estudio empírico I**

- El sistema de categorías se construyó y depuró observando sesiones pertenecientes únicamente al modelo de intervención conductual, lo que ha podido limitar su

capacidad para dar cuenta del uso que se hace del control verbal aversivo en otros modelos de intervención. Por ello, sería interesante observar sesiones de otros modelos terapéuticos y determinar si convendría introducir modificaciones para mejorar la validez del sistema.

- Sería interesante profundizar en las diferencias que existen de unos casos a otros en la evolución de las distintas categorías a lo largo de la terapia, determinar si se trata de diferencias estadísticamente significativas y tratar de encontrar las variables que puedan explicarlas.

### 2.3. Estudio empírico II

- Nuestro estudio se limitó al análisis de contingencias con retardos +1 y +2, por lo que sería interesante explorar otros retardos, incluidos los “negativos”. De esta manera podríamos establecer modelos más completos de las secuencias de conductas más probables durante el control verbal aversivo.
- Así mismo, sería interesante hacer un análisis secuencial en el que las conductas *dadas* y *condicionadas* no fueran categorías aisladas, sino parejas o tríos de categorías, para investigar las diferencias entre el uso de determinadas categorías aisladas y su uso acompañadas de otras categorías.
- También sería interesante procesar los datos de tal manera que pudiéramos hacer un análisis secuencial que distinguiera entre unos bloques y otros en función de si contienen o no determinadas categorías.

### 2.4. Estudio empírico III

- A parte del modelo de intervención del terapeuta, existen algunas diferencias clave entre las dos muestras comparadas en este estudio que pueden haber

influido en los resultados. Así, la muestra conductual consistió en tres casos diferentes, con población adulta y dos terapeutas expertos (i. e. más de cinco años consecutivos de experiencia clínica), mientras que la muestra AIT consistió en un único caso, tratado por un terapeuta inexperto y con un cliente adolescente. Por otra parte, todos los terapeutas y clientes de la muestra conductual eran de nacionalidad española, mientras que en la muestra AIT el terapeuta era de nacionalidad colombiana y el cliente era de nacionalidad chilena. Todas estas diferencias han podido tener un impacto en los resultados, por lo que no podemos atribuir las diferencias entre ambas muestra exclusivamente al modelo de intervención utilizado.

- Así mismo, las diferencias en el tamaño de las dos muestras y en la duración media de las sesiones en cada muestra pudieron influir en los resultados. La muestra del modelo AIT es ligeramente mayor que la muestra conductual (32 sesiones AIT vs 26 sesiones conductuales). Del mismo modo, las sesiones de la muestra AIT son 3 minutos y 50 segundos más largas de media (52 minutos 14 segundos la sesión media en la muestra AIT frente a 48 minutos 24 segundos la sesión media en la muestra conductual).

### **3. PERSPECTIVAS FUTURAS**

El futuro de esta línea de investigación pasaría, en primer lugar, por incorporar los cambios que hemos expuesto en el apartado anterior. Ahora bien, existen otros aspectos del control verbal aversivo que sería interesante explorar en futuras investigaciones. A continuación se exponen algunos ejemplos:

- Ahondar en el análisis de la evolución y los cambios que se producen en la conducta antiterapéutica del cliente a lo largo de la terapia, tanto dentro como fuera de sesión, y relacionarlos con el uso que hace el terapeuta del control verbal aversivo.
- Profundizar en el análisis de la relación entre el control verbal aversivo, la motivación y las instrucciones. ¿Cuáles son las peculiaridades del uso del control verbal aversivo como estrategia motivacional (operaciones de abolición) y como acompañante de las instrucciones?
- Hacer un análisis más amplio y exhaustivo de las similitudes y diferencias que existen entre distintos modelos de intervención en su forma de utilizar el control verbal aversivo en terapia, incorporando al análisis otros modelos a parte de los estudiados en este trabajo.
- Estudiar si existen diferencias en el uso de control verbal aversivo relacionadas con factores culturales y lingüísticos, comparando casos pertenecientes a un mismo modelo de intervención, pero llevados a cabo en distintos países, contextos socio-culturales o idiomas.
- Determinar de qué forma el uso del control verbal aversivo puede influir en la percepción que el cliente tiene del terapeuta y de la terapia psicológica en general.
- Explorar los posibles efectos secundarios indeseables del uso del control verbal aversivo y buscar formas para evitarlos o reducir su impacto todo lo posible.
- Elaborar guías para el uso eficaz del control verbal aversivo basadas en hallazgos empíricos y utilizarlas para entrenar a terapeutas en el uso de esta herramienta.
- En relación con el punto anterior, hacer estudios de comparación entre terapeutas que han sido entrenados en el uso eficaz del control verbal aversivo y terapeutas que no han recibido dicha formación.

- Llevar esta investigación a otros contextos más allá de la terapia, como el educativo, el laboral, el de la salud pública, el político o el mediático. Sería sumamente interesante investigar de qué forma se usa el control verbal aversivo en estos contextos y qué efectos puede tener en variables como el rendimiento académico o laboral, el clima organizacional, la prevención del consumo de drogas, el desarrollo de hábitos saludables, la intención de voto o la opinión pública.

#### **4. CONCLUSIÓN GENERAL**

Teniendo en cuenta los hallazgos que hemos realizado, sus implicaciones e impacto potencial, así como la solidez de sus bases teóricas y metodológicas, consideramos que este trabajo ofrece una contribución interesante y valiosa al estudio del control aversivo de la conducta, un área de investigación poco explorada en comparación con otras áreas de la intervención psicológica y tradicionalmente asociada a la controversia, las opiniones personales y los prejuicios más que al estudio científico, los argumentos sólidos y la evidencia empírica. Los resultados de esta investigación no sólo nos han permitido hacernos una idea más precisa de cómo se usa realmente el control verbal aversivo en terapia, sino que han aportado evidencia empírica que refuta algunos de los mitos y críticas clásicas al uso del control aversivo como estrategia de cambio de conducta.

Pero más allá de los resultados de los distintos estudios que la componen, esta tesis ofrece dos aportaciones adicionales al estudio de la interacción verbal en terapia y los procesos de cambio. En primer lugar, la plena incorporación de los procesos pavlovianos al estudio de la interacción verbal entre terapeutas y clientes en sesión, desde la conceptualización de los procesos implicados en la interacción verbal y el cambio clínico,

hasta el análisis observacional de la interacción verbal en terapia. Hasta ahora los procesos de condicionamiento clásico habían recibido muy poca atención por parte de nuestra línea de investigación, un vacío teórico y metodológico que derivó en dificultades para explicar algunos de los resultados que encontrábamos y, muy especialmente, para explicar de qué forma lo que se hablaba en sesión podía tener un impacto en lo que sucedía fuera de ella. La incorporación de los procesos pavlovianos al estudio de la interacción verbal, a través de la adopción de la propuesta mediacional de Mowrer (1954) y del estudio de las asociaciones pavlovianas establecidas verbalmente por los terapeutas en sesión, nos ha permitido llenar ese vacío teórico y dar respuestas a algunas de las preguntas que hasta ahora no habíamos sido capaces de responder con contundencia.

Por otra parte, este es el primer trabajo de la línea de investigación que compara dos modelos de intervención psicológica diferentes. Si bien es cierto que en un estudio previo del grupo ya se comparó la forma de intervenir de dos muestras de terapeutas en función de si trabajaban desde un modelo psicológico de problemas de conducta o desde un modelo médico de enfermedad mental (Álvarez, 2017), este es el primer trabajo en comparar dos modelos de intervención estrictamente psicológicos. Una de las limitaciones que nuestra línea de investigación lleva arrastrando desde sus comienzos es la de no tener en cuenta otras aproximaciones terapéuticas distintas del modelo conductual. Esto no nos permitía generalizar nuestros resultados a otros modelos de intervención o perspectivas terapéuticas. Este trabajo, junto con el anteriormente mencionado, pretende ser el primer paso en la subsanación de ese problema.

Esperamos que esta investigación contribuya a desmitificar el control aversivo y sirva para estimular el estudio científico y riguroso de esta herramienta, cuyo potencial consideramos que está siendo desaprovechado por el desconocimiento y una mala fama derivada de su uso incorrecto, irresponsable y/o poco ético.

## **PARTE III**

# **REFERENCIAS Y ANEXOS**

## **REFERENCIAS**

- Åhs, F., Miller, S. S., Gordon, A. R., y Lundström, J. N. (2013). Aversive learning increases sensory detection sensitivity. *Biological Psychology*, 92(2), 135-141.
- Alcaraz, V. (1990). Análisis de las funciones del lenguaje. *Lenguaje y Conducta*, 209-229.
- Altman, K., Haavik, S., y Cook, J. W. (1978). Punishment of self-injurious behavior in natural settings using contingent aromatic ammonia. *Behaviour Research and Therapy*, 16(2), 85-96.
- Álvarez Iglesias, A. (2017). *Aproximación funcional al estudio de la intervención en la enfermedad mental grave y duradera*. (Tesis doctoral inédita). Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Arnold, M. M., Chisholm, L. M., y Prike, T. (2016). No pain no gain: The positive impact of punishment on the strategic regulation of accuracy. *Memory*, 24(2), 146-153. doi:10.1080/09658211.2014.990982
- Arntzen, E., y Werner, S. B. (1999). Water mist punishment for two classes of problem behaviour. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28(2), 88-93.
- Arzi, A., Holtzman, Y., Samnon, P., Eshel, N., Harel, E., y Sobel, N. (2014). Olfactory aversive conditioning during sleep reduces cigarette-smoking behavior. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 34(46), 15382-15393. doi:10.1523/JNEUROSCI.2291-14.2014
- Azrin, N. H., y Holz, W. C. (1966). Punishment. En W. K. Honig (Ed.), *Operant Behavior: Areas of Research and Application* (pp. 213-270). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Baer, R. A., Detrich, R., y Weninger, J. M. (1988). On the functional role of the verbalization in correspondence training procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21(4), 345-356.
- Bakeman, R. (2000). Behavioral observation and coding. En H. T. Reis y C. M. Judd (Eds.) *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology* (pp 138-159). Cambridge University Press.
- Bakeman, R., McArthur, D., Quera, V., y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2(4), 357-370.



- Bakeman, R., y Quera, V. (1995). *Analyzing interaction: Sequential analysis with SDIS and GSEQ*. Cambridge University Press.
- von Bertalanffy, L. (1950). An Outline of General System Theory. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 1(2), 134-165.
- Boddez, Y., Baeyens, F., Hermans, D., y Beckers, T. (2013). Reappraisal of threat value: Loss of blocking in human aversive conditioning. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(1), 1-10.
- Bordnick, P. S., Elkins, R. L., Orr, T. E., Walters, P., y Thyer, B. A. (2004). Evaluating the relative effectiveness of three aversion therapies designed to reduce craving among cocaine abusers. *Behavioral Interventions*, 19(1), 1-24.
- Brailean, A. M., Koster, E. H., Hoorelbeke, K., y De Raedt, R. (2014). Attentional modulation by reward and punishment cues in relation to depressive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 351-359.
- Brom, M., Laan, E., Everaerd, W., Spinhoven, P., y Both, S. (2015). Extinction of aversive classically conditioned human sexual response. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 916-935.
- Brunborg, G. S., Johnsen, B. H., Mentzoni, R. A., Myrseth, H., Molde, H., Lørvik, I. M., . . . Pallesen, S. (2012). Diminished aversive classical conditioning in pathological gamblers. *Addiction*, 107(9), 1660-1666.
- Brunborg, G. S., Johnsen, B. H., Pallesen, S., Molde, H., Mentzoni, R. A., y Myrseth, H. (2010). The relationship between aversive conditioning and risk-avoidance in gambling. *Journal of Gambling Studies*, 26(4), 545-559.
- Cáceres, J. (1990). Técnicas aversivas. En F. J. Labrador, *Manual de modificación de conducta* (pp. 558-576). Madrid: Alhambra.
- Calero-Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva*. (Tesis doctoral inédita). Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M., Ruiz-Sancho, E., y Vargas-de la Cruz, I. (2011). ¿Qué hace el psicólogo cuando aplica la técnica de reestructuración cognitiva? [What does the psychologist do when applying the cognitive restructuring technique?]. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 133-150.
- Callaghan, G. M. (1998). *Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change*. Disponible en WorldCat. Recuperado de:

[http://www.worldcat.org/title/development-of-a-coding-system-for-functional-analytical-psychotherapy-for-the-analysis-of-the-components-effecting-clinical-change/oclc/42470700yreferer=brief\\_results](http://www.worldcat.org/title/development-of-a-coding-system-for-functional-analytical-psychotherapy-for-the-analysis-of-the-components-effecting-clinical-change/oclc/42470700yreferer=brief_results)

- Catania, A. C., Shimoff, E., y Matthews, B. A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. En R. D. Zettle, y S.C. Hayes (Eds.) *Rule-governed behavior* (pp. 119-150). Springer, Boston, MA.
- Chomsky, N. (1959). Review of verbal behavior by B.F. Skinner. *Language*, 35, 26-58.
- Churchland, P. M. (1981). Eliminative materialism and the propositional attitudes. *The Journal of Philosophy*, 78(2), 67-90.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46.
- Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I., y Hall, J. A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: Research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 267-277.
- Deluty, M. Z. (1978). Self-control and impulsiveness involving aversive events. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 4(3), 250-266.
- Dennett, D. C. (1978). Toward a cognitive theory of consciousness. En D. C. Dennett (Ed.), *Brainstorms* (pp. 149-173). New York: Bradford Books.
- Dougher, M. J. (1998). Stimulus equivalence and the untrained acquisition of stimulus functions. *Behavior Therapy*, 29(4), 577-591.
- Dura, J. R. (1991). Controlling extremely dangerous aggressive outbursts when functional analysis fails. *Psychological Reports*, 69(2), 451-459.  
doi:10.2466/pr0.1991.69.2.451
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. doi:10.1080/10503300903470743
- Estes, W. K. (1944). An experimental study of punishment. *Psychological Monographs*, 57(3) i-40. doi: 10.1037/h0093550
- Feldman, M., y MacCulloch, M. (1964). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality: 1. Theory, technique and preliminary results. *Behaviour Research and Therapy*, 2(2-4), 165-183.
- Fernández Parra, A., y Ferro García, R. (2006). Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé*, 5(2), 203-229.

- Flora, S. R. (2000). Praise's magic reinforcement ratio: Five to one gets the job done. *The Behavior Analyst Today*, 1(4), 64.
- Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., Odom, A. E., Arena, H. T., Borzutzky, A., y Schmeck, K. (2014). *Adolescent identity treatment: An integrative approach for personality pathology*. Springer.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623-641.
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613.
- Froján-Parga, M. X., Núñez de Prado-Gordillo, M. y de Pascual-Verdú, R. (2017). Cognitive techniques and language: A return to behavioral origins. *Psicothema*, 29(3), 352-357.
- Froján-Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M., Calero Elvira, A., y Ruiz Sancho, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clinica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Froján, M. X., Galván, N., Izquierdo, I., Ruiz, E., y Marchena, C. (2013). Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-160), 25-38.
- Froján-Parga, M. X., Alpañés-Freitag, M., Calero-Elvira, A., y Vargas-De La Cruz, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22(4), 556-561.
- Froján-Parga, M. X., Pardo-Cebrián, R., Vargas de la Cruz, I., y Linares-Carmona, F. (2011). Análisis de las reglas en el contexto clínico. *EduPsykhé: Revista De Psicología y Psicopedagogía*, 10(1), 135-154.
- Froján-Parga, M., y Ruiz-Sancho, E. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual*, 1(1) 72-92.
- Galván-Domínguez, N., Beggio, J., Pardo-Cebrián, R., Segovia-Arroyo, A., y Froján-Parga, M. X. (2014). Verbal punishment in behavioural therapy, what does the therapist punish? Trabajo presentado en *The European Proceedings of Social y Behavioural Sciences EpSBS, Mersin, Turquía*. 1 87-97.  
doi:<http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.11>  
Recuperado de [http://www.futureacademy.org.uk/files/menu\\_items/other/ep11.pdf](http://www.futureacademy.org.uk/files/menu_items/other/ep11.pdf)

- Grace, N. C., Kahng, S. W., y Fisher, W. W. (1994). Balancing social acceptability with treatment effectiveness of an intrusive procedure: A case report. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(1), 171-172.
- Grillon, C. (2002). Startle reactivity and anxiety disorders: Aversive conditioning, context, and neurobiology. *Biological Psychiatry*, 52(10), 958-975.
- Grossman, J. B., y Ruiz, P. (2004). Shall we make a leap-of-faith to disulfiram (antabuse)? *Addictive Disorders y their Treatment*, 3(3), 129-132.
- Hagopian, L. P., Fisher, W. W., Sullivan, M. T., Acquistio, J., y LeBlanc, L. A. (1998). Effectiveness of functional communication training with and without extinction and punishment: A summary of 21 inpatient cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(2), 211-235.
- Halevy, G., Feldon, J., y Weiner, I. (1987). Resistance to extinction and punishment following training with shock and non-reinforcement: Failure to obtain cross-tolerance. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 39(2), 147-160.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8(2), 181-193.
- Hammersley, D. W. (1957). Conditioned-reflex treatment. En *Hospital Treatment of Alcoholism*. (pp 53-76). New York: Basic Books.
- Hawes, D. R., DeYoung, C. G., Gray, J. R., y Rustichini, A. (2014). Intelligence moderates neural responses to monetary reward and punishment. *Journal of Neurophysiology*, 111(9), 1823-1832. doi:10.1152/jn.00393.2013
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science y Business Media.
- Hayes, S. C., y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303.
- Hermann, C., Ziegler, S., Birbaumer, N., y Flor, H. (2002). Psychophysiological and subjective indicators of aversive pavlovian conditioning in generalized social phobia. *Biological Psychiatry*, 52(4), 328-337.
- Hill, C. E., Greenwald, C., Reed, K. G., Charles, D., O'Farrell, M. K., y Carter, J. A. (1981). *Manual for counselor and client verbal response category systems*. Columbus, OH, U.S.: Marathon Consulting and Press.

- Hill, C. E., Nutt, E. A., y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 364-377.
- Israel, A. C., y O'Leary, K. D. (1973). Developing correspondence between children's words and deeds. *Child Development*, 575-581.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., ... Mazaleski, J. L. (1994). The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 215-240.
- Johnston, J. M. (1985). Controlling professional behavior: A review of the effects of punishment on human behavior. *The Behavior Analyst*, 8(1), 111-119.
- Karpiak, C. P., y Benjamin, L. S. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: Two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 659-676. doi:10.1002/jclp.10248
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Kernberg, P., Weiner, A. S., y Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in childhood and adolescence*. Northvale, NJ: Aronson.
- Kim, S. H., Yoon, H., Kim, H., y Hamann, S. (2015). Individual differences in sensitivity to reward and punishment and neural activity during reward and avoidance learning. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1219-1227.
- Kohls, G., Perino, M. T., Taylor, J. M., Madva, E. N., Cayless, S. J., Troiani, V., . . . Schultz, R. T. (2013). The nucleus accumbens is involved in both the pursuit of social reward and the avoidance of social punishment. *Neuropsychologia*, 51(11), 2062-2069.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). *Functional Analytic Psychotherapy. A behavioral approach to intensive treatment*. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, DC, U.S.: APA.
- Landis, J. R., y Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 363-374.

- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., y Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 407-414.
- Lees, R. (1957). Review of Syntactic structures by Noam Chomsky. *Language*, 33(3), 375-408. doi:10.2307/411160
- Leite Hunziker, M. H. (2017). Dogmas sobre o controle aversivo. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25(1), 85-100.
- Lemere, F., Voegtlin, W. L., Broz, W. R., O'Hollaren, P., y Tupper, W. E. (1942). The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism: VIII. A review of six years' experience with this treatment of 1,526 patients. *Journal of the American Medical Association*, 120(4), 269-271.
- Lemere, F., y Voegtlin, W. L. (1940). Conditioned reflex therapy of alcoholic addiction: Specificity of conditioning against chronic alcoholism. *California and Western Medicine*, 53(6), 268-269.
- Lerman, D. C., y Iwata, B. A. (1996). A methodology for distinguishing between extinction and punishment effects associated with response blocking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(2), 231-233.
- Lerman, D. C., y Vorndran, C. M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35(4), 431-464.
- Li, C. R., Huang, C., Lin, W., y Sun, C. V. (2007). Gender differences in punishment and reward sensitivity in a sample of taiwanese college students. *Personality and Individual Differences*, 43(3), 475-483.
- Lima, E. L., y Abreu-Rodrigues, J. (2010). Verbal mediating responses: Effects on generalization of say-do correspondence and noncorrespondence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(3), 411-424.
- Loxton, N. J., y Dawe, S. (2001). Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 455-462.
- Luciano, M. C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C., Herruzo, J., y Barnes-Holmes, D. (2001). Generalization of say-do correspondence. *The Psychological Record*, 51(1), 111-130.

- MacCorquodale, K. (1970). On Chomsky's review of Skinner's Verbal behavior. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 13(1), 83-99.
- Malott, R. W., Malott, M. E., Trojan, B. (2000). A theory of rule-governed behavior. En *Elementary Principles of Behavior, Third Edition*. (pp 362-380). Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Marchena-Giráldez, C. (2017). *Estudio de las instrucciones durante la interacción terapéutica*. (Tesis doctoral inédita). Repositorio Universidad Autónoma de Madrid.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., y Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55-65.
- Martin, G., y Pear, J. (1983). *Behavior modification: What is it and how to do it*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mazaleski, J. L., Iwata, B. A., Rodgers, T. A., Vollmer, T. R., y Zarcone, J. R. (1994). Protective equipment as treatment for stereotypic hand mouthing: Sensory extinction or punishment effects? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 345-355.
- McDowell, J. (1996). *Mind and world*. Harvard University Press.
- van Meel, C. S., Heslenfeld, D. J., Oosterlaan, J., Luman, M., y Sergeant, J. A. (2011). ERPs associated with monitoring and evaluation of monetary reward and punishment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 942-953.
- Mestre-Bach, G., Granero, R., Steward, T., Fernández-Aranda, F., Baño, M., Aymamí, N., . . . Moragas, L. (2016). Reward and punishment sensitivity in women with gambling disorder or compulsive buying: Implications in treatment outcome. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 658-665.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 149-155.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16(2), 191-206.
- Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de la conducta: Principios y procedimientos* (5ª edición ampliada). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Montaño-Fidalgo, M., Calero Elvira, A., y Froján Parga, M. X. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia?: Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797-803.
- Montaño-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., y Virués-Ortega, F. J. (2011). El proceso terapéutico "momento a momento" desde una perspectiva analítico-funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119.

- Moore, J. (1991). A retrospective appreciation of Willard Day's contributions to radical behaviorism and the analysis of verbal behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 9, 97-104.
- Moreno-Agostino, D., Galván-Domínguez, N., y Álvarez-Iglesias, A. (2015). Relationship between the client's adaptive verbalizations and the therapist's verbal behaviour in the clinic context. *Clínica y Salud*, 26(3), 131-139.  
doi:10.1016/j.clysa.2015.07.001
- Mowrer, O. (1954). The psychologist looks at language. *American Psychologist*, 9(11), 660-694.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. Londres. Nueva York.: John Wiley y Sons Inc.
- Nagy, H., Bencsik, K., Rajda, C., Benedek, K., Beniczky, S., Kéri, S., y Vécsei, L. (2006). The effects of reward and punishment contingencies on decision-making in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(4), 559-565.  
doi:10.1017/S1355617706060644
- Nakajima, S. (2004). Conditioned ethanol aversion in rats induced by voluntary wheel running, forced swimming, and electric shock: An implication for aversion therapy of alcoholism. *Integrative Physiological y Behavioral Science*, 39(2), 95-104.
- Neumann, D. L., y Waters, A. M. (2006). The use of an unpleasant sound as an unconditional stimulus in a human aversive pavlovian conditioning procedure. *Biological Psychology*, 73(2), 175-185.
- Neumann, D. L., Waters, A. M., y Westbury, H. R. (2008). The use of an unpleasant sound as the unconditional stimulus in aversive pavlovian conditioning experiments that involve children and adolescent participants. *Behavior Research Methods*, 40(2), 622-625.
- Neumann, D. L., Waters, A. M., Westbury, H. R., y Henry, J. (2008). The use of an unpleasant sound unconditional stimulus in an aversive conditioning procedure with 8-to 11-year-old children. *Biological Psychology*, 79(3), 337-342.
- Noë, A. (2001). Experience and the active mind. *Synthese*, 129(1), 41-60.
- Noë, A., & Noë, A. (2004). *Action in perception*. MIT press.
- de Pascual, R. (2015). *La motivación en terapia: Un análisis funcional*. (Tesis doctoral inédita). Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid.
- de Pascual, R., Linares, F., y Froján, M. X. (2012). Estudio de la relación entre las verbalizaciones del cliente y la emisión de verbalizaciones motivadoras por parte del



- terapeuta en contextos clínicos. Trabajo presentado en el *Libro de resúmenes de los trabajos aceptados en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica*, Santander. Recuperado de:
- <http://www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/DOCUMENTOS/libroresumenesX.pdf>
- Pérez Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador*. Madrid: Alianza Editorial.
- de Pinedo, M. (2014). ¡No es un algo, pero tampoco es una nada! Mente y normatividad. *Análisis. Revista de Investigación Filosófica*, 1(1), 121-160.
- Potts, G. F., Bloom, E. L., Evans, D. E., y Drobes, D. J. (2014). Neural reward and punishment sensitivity in cigarette smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 245-253.
- Quera, V. (1993). Análisis secuencial. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. volumen II: Fundamentación* (pp. 341-583). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Quinn, J. T., y Henbest, R. (1967). Partial failure of generalization in alcoholics following aversion therapy. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28(1), 70-75.
- Ribes, E. (1990). Las conductas lingüística y simbólica como procesos sustitutivos de contingencias. En E. Ribes y P. Harzem (Eds.) *Lenguaje y Conducta* (pp. 193-207). México: Trillas
- Rimm, D. C., y Masters, J. C. (1980). *Terapia de la conducta técnicas y hallazgos empíricos*. Mexico: Trillas.
- Rosch, E., Mervis, C. B., Gray, W. D., Johnson, D. M., y Boyes-Braem, P. (1976). Basic objects in natural categories. *Cognitive Psychology*, 8(3), 382-439.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42(3), 341-354.
- Rotberg, I. C. (1959). Effect of schedule and severity of punishment on verbal behavior. *Journal of Experimental Psychology*, 57(3), 193-220.
- Ruiz-Sancho, E. M. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia*. (Tesis doctoral inédita). Repositorio Universidad Autónoma de Madrid.
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X., y Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*, 29(3), 779-790.

- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X., y Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27(2), 99-107.
- Russell, R. L., y Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86(2), 404-419.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London: Hutchinson.
- Sellars, W. (1956). Empiricism and the philosophy of mind. *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, 1(19), 253-329.
- Sheynin, J., Moustafa, A. A., Beck, K. D., Servatius, R. J., y Myers, C. E. (2015). Testing the role of reward and punishment sensitivity in avoidance behavior: A computational modeling approach. *Behavioural Brain Research*, 283, 121-138.
- Shigemune, Y., Tsukiura, T., Kambara, T., y Kawashima, R. (2013). Remembering with gains and losses: Effects of monetary reward and punishment on successful encoding activation of source memories. *Cerebral Cortex*, 24(5), 1319-1331.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 14(1), 5-13.
- Sidman, M., y Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 5-22.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behaviour*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Vintage.
- Stapleton, P., y Whitehead, M. (2014). Dysfunctional eating in an Australian community sample: The role of emotion regulation, impulsivity, and reward and punishment sensitivity. *Australian Psychologist*, 49(6), 358-368.
- Stemmer, N. (1973). Language acquisition and classical conditioning. *Language and Speech*, 16(3), 279-282.
- Stiles, W. B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry*, 42, 49-62.
- Stiles, W. B. (1993). Los modos de respuesta verbal en la investigación del proceso de la psicoterapia. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 239-264). Valencia: Promolibro.

- Stout, R. (2006). *The inner life of a rational agent: In defense of philosophical behaviorism*. Edinburgh University Press.
- Stroll, A. (2002). *La filosofía analítica del siglo XX*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Terraz, O., Roten, Y., Crettaz de Roten, F., Drapeau, M., y Despland, J. -. (2004). Sequential therapist interventions and the therapeutic alliance: A pilot study. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 155(3), 111-117. doi:sanp.2004.01468
- Tonneau, F. (2001). Equivalence relations: A critical analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, 2(1), 1-33.
- Tonneau, F. (2002). Who can understand relational frame theory? A reply to Barnes Holmes and Hayes. *European Journal of Behavior Analysis*, 3(2), 95-102.
- Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and pavlovian processes. *The Behavior Analyst Today*, 5(2), 158-170.
- Tonneau, F., Abreu, N. K., y Cabrera, F. (2004). Sitting on the word “chair”: Behavioral support, contextual cues, and the literal use of symbols. *Learning and Motivation*, 35(3), 262-273.
- Tonneau, F., y González, C. (2004). Function transfer in human operant experiments: The role of stimulus pairings. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 81(3), 239-255.
- Varela, F., y Thompson, E. (2003). Neural synchrony and the unity of mind: A neurophenomenological perspective. En Axel Cleeremans (Ed.), *The unity of consciousness*. Oxford University Press.
- Vargas-Cruz, I., y Pardo-Cebrián, R. (2014). El papel de la experiencia del terapeuta en la aplicación de reglas en el contexto clínico. *Conductual*, 2(3), 36-51.
- Voegtlin, W. L., Lemere, F., Broz, W. R., y O'Hollaren, P. (1942). Conditioned reflex therapy of alcoholic addiction. *The American Journal of the Medical Sciences*, 203(4), 525-528.
- Voegtlin, W. L. (1940). The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex. *The American Journal of the Medical Sciences*, 199(6), 802-809.
- Vollmer, T. R., y Iwata, B. A. (1993). Implications of a functional analysis technology for the use of restrictive behavioral interventions. *Child y Adolescent Mental Health Care*, 3, 95-13.

- Wacker, D. P., Steege, M. W., Northup, J., Sasso, G., Berg, W., Reimers, T., . . . Donn, L. (1990). A component analysis of functional communication training across three topographies of severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(4), 417-429.
- Wang, Y., Zhu, Z., Wang, P., y Wang, Z. (2008). The effect of rewards and punishment on affective decision-making in children with two subtypes of ADHD. *Acta Psychologica Sinica*, 40(9), 975-986.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177.
- Watson, J. B. (1920). Is thinking merely action of language mechanisms? *British Journal of Psychology*, 11(1), 87-104.
- Watson, J. B., y Rayner, R. (2000). Conditioned emotional reactions. *American Psychologist*, 55(3), 313-317.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations oxford*. London: Blackwell.
- Zettle, R. D., y Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavior therapy. *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, 1, 73-118.

**ANEXO A**

**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DEL  
CONTROL VERBAL AVERSIVO EN TERAPIA  
(COVAT)**

## **SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DEL CONTROL VERBAL AVERSIVO EN TERAPIA (COVAT)**

### **COMENTARIOS GENERALES**

#### Objeto de registro

Se registrará la conducta verbal de terapeutas y clientes. Ahora bien, aunque la conducta no vocal no sea registrada, sí será tomada en cuenta en aquellos casos en los que matice o modifique de forma significativa el significado de las verbalizaciones.

Tener en cuenta estos componentes no vocales del lenguaje es especialmente importante en este caso, porque en ocasiones el cariz aversivo o antiterapéutico de una verbalización no tiene que ver con su contenido sino con el uso de ciertas formas del lenguaje, como el sarcasmo o la ironía, que suelen implicar claves no verbales (determinados tonos o gestos). Así mismo, a veces nos encontramos con verbalizaciones con un contenido neutro que, emitidas en un determinado momento, tono o volumen de voz, adquieren un componente claramente aversivo o antiterapéutico (interrumpir el discurso del interlocutor, alzar la voz...)

#### Conceptos “aversivo” y “antiterapéutico”

Se hace necesario acotar qué se entiende en este trabajo cuando se habla de que algo que ha dicho el terapeuta es “aversivo” o de que algo que ha hecho el cliente es “antiterapéutico”.

Se considera que una verbalización del terapeuta es “aversiva” cuando puede provocar malestar en el cliente, ya sea por su contenido, su forma, otras claves no vocales o la combinación de varios de estos aspectos. Por lo general, los factores que hacen que una verbalización sea aversiva son convenciones sociales que aprendemos en el seno de nuestra comunidad socio-lingüística. Ahora bien, la historia de aprendizaje individual puede influir en ese aprendizaje social y alterarlo, incluso en el sentido opuesto. Por ejemplo, el término “celoso” tiene un cariz aversivo para la mayor parte de las personas, puesto que implica una serie de rasgos y conductas consideradas indeseables o negativas (control, desconfianza, posesividad...). Sin embargo, para ciertas personas, generalmente imbuidas en el concepto de “amor romántico”, ser calificado como celoso o celosa no sólo no tiene un componente aversivo, sino que se considera normal o incluso deseable, puesto que desde su punto de vista

los celos son una expresión de amor. Generalmente, este tipo de particularidades salen a relucir durante la evaluación inicial y el desarrollo de las sesiones, permitiendo a los terapeutas adaptar su intervención en función de cuáles sean sus objetivos (en ocasiones bastará con evitar aquellas verbalizaciones convencionalmente aversivas que no funcionan como tales para el cliente y sustituirlas por otras, mientras que en otras ocasiones interesará contracondicionar aversivamente esas verbalizaciones, como en el ejemplo anteriormente descrito del término “celoso”). Así pues, durante el registro y categorización de la conducta verbal de los terapeutas, se deben tener en cuenta tanto las verbalizaciones que se consideran convencionalmente aversivas, como las posibles variaciones que a este respecto pueden encontrarse en cada caso particular.

Por otra parte, se considera que algo que ha hecho el cliente es “anti terapéutico” cuando va en contra de los objetivos terapéuticos establecidos a partir del análisis funcional. Como se describe más detalladamente en el apartado “Definición de las Categorías”, el carácter anti terapéutico de una verbalización del cliente puede tener que ver con su contenido (lo que expresa) o con su forma (cómo y/o en qué momento se produce), pero en todos los casos el requisito fundamental es que vaya en contra de los objetivos establecidos a partir del análisis funcional. En este sentido, hay que tener en cuenta que algunas de las verbalizaciones del cliente que expresan contenidos desadaptativos (interpretaciones poco ajustadas de la realidad, anticipación negativa de ciertas situaciones, falta de confianza en la propia capacidad de cambiar...) no son verbalizaciones antiterapéuticas. En ocasiones, especialmente durante la evaluación, el terapeuta discrimina este tipo de verbalizaciones desadaptativas como parte de la recogida de información sobre el caso. En esas circunstancias, la expresión de contenidos desadaptativos no sólo no es antiterapéutica, sino que de hecho es pro-terapéutica, puesto que ayuda al clínico a clarificar el problema, elaborar el análisis funcional y establecer los objetivos de intervención. Así pues, durante el registro y categorización de la conducta verbal del cliente, la clave para considerar una verbalización como antiterapéutica es que vaya en contra de los objetivos terapéuticos establecidos a partir del análisis funcional del caso.

### Registro por bloques

Las verbalizaciones de carácter aversivo del terapeuta no se dan aisladas, sino que suelen ir acompañadas de otras verbalizaciones que tratan sobre el mismo tema, pero tienen diferentes funciones potenciales (operaciones de establecimiento, discriminativos...) y que contribuyen

al objetivo de reducción o eliminación de las conductas antiterapéuticas del cliente. Un análisis del control verbal aversivo en terapia que no tenga en cuenta estas verbalizaciones acompañantes será, necesariamente, un análisis incompleto. Por esta razón se ha optado por un registro por bloques, donde el *bloque aversivo* se constituye como un tipo de verbalización que incluye una o varias funciones potenciales sobre un mismo contenido, siendo siempre una de ellas una potencial función de control aversivo *necesariamente*. La definición y las directrices de registro del bloque aversivo se explican en detalle a continuación.

## **EL BLOQUE AVERSIVO**

Las verbalizaciones de carácter aversivo del terapeuta no suelen ocurrir de forma aislada, sino que se acompañan de otras verbalizaciones que las completan y contribuyen en su objetivo de reducir o eliminar las conductas antiterapéuticas del cliente, por ejemplo, proporcionando información, anticipando consecuencias o instruyendo en conductas alternativas. Parece adecuado tener en cuenta estas verbalizaciones acompañantes y analizarlas como parte del uso que hacen los terapeutas del control verbal aversivo. Por esta razón, el registro de la conducta verbal de los terapeutas se llevará a cabo en “bloques aversivos”.

### **1- Definición del bloque aversivo**

El bloque aversivo es un tipo de categoría que delimita un fragmento del discurso del terapeuta con potencial función de control aversivo y coherencia temática. En este sentido, el bloque aversivo debe incluir *necesariamente* una o varias categorías aversivas (detalladas más adelante) y puede dar cabida a una o varias categorías no aversivas adicionales, siempre y cuando estén relacionadas temáticamente con la(s) categoría(s) aversiva(s) y sean relevantes (ver siguiente apartado).

### **2- Acuerdos generales sobre el uso del bloque aversivo**

En el bloque aversivo el elemento esencial es la categoría aversiva del terapeuta, de tal manera que no puede haber ningún bloque aversivo sin al menos una verbalización de carácter



aversivo del terapeuta. Un mismo bloque aversivo puede contener una o varias verbalizaciones de carácter aversivo del terapeuta, de cualquiera de las categorías que se detallan más adelante, siempre y cuando todas ellas hagan referencia a un mismo contenido.

El resto de verbalizaciones emitidas por el terapeuta se incluirán o no en el bloque aversivo en función de su *relevancia*. Una verbalización del terapeuta se considera relevante si cumple con los siguientes criterios:

- *Proximidad*: sólo podrán ser incluidas dentro del bloque aquellas emisiones que acompañen a la verbalización aversiva dentro del discurso del terapeuta, ya sea antecediéndola o siguiéndola.
- *Contenido*: sólo podrán incluirse dentro del bloque aquellas verbalizaciones que traten sobre el mismo tema que la verbalización aversiva.
- *Relevancia*: sólo se incluirán en el bloque aversivo aquellas verbalizaciones del terapeuta que puedan encuadrarse dentro de alguna de las categorías no aversivas del sistema (OE, DI).

Para que una verbalización del terapeuta no perteneciente a las categorías aversivas pueda ser registrada dentro del bloque aversivo, debe cumplir los tres criterios a la vez. Si una verbalización que podría incluirse en alguna de las categorías no aversivas y/o que comparte contenido con la categoría aversiva no se emite inmediatamente antes o después de ésta, no se registrará como parte del bloque. Del mismo modo, si una verbalización próxima a una categoría aversiva no comparte su contenido y/o no puede incluirse dentro de ninguna de las demás categorías de sistema, no se registrará dentro del bloque.

El bloque aversivo se define por ser una categoría de la conducta verbal del terapeuta, por lo que las verbalizaciones del cliente deberán registrarse siempre fuera del bloque aversivo. Cuando el cliente emita una verbalización en mitad de un bloque aversivo, el criterio para saber si el bloque ha de pararse para registrar dicha verbalización del cliente será, de nuevo, su *relevancia*. Lo que hace que una verbalización del cliente sea considerada relevante, y por tanto deba detenerse el bloque aversivo para registrarla fuera de él, es que dicha verbalización pueda incluirse en alguna de las categorías del sistema para la conducta verbal del cliente (ver más

adelante) y/o que altere el discurso o el contenido que había estado expresando el terapeuta hasta ese momento (el terapeuta deja de hablar o cambia de tema). Así pues, se considerarán irrelevantes, y por tanto no se registrarán, aquellas verbalizaciones del cliente que no puedan incluirse en ninguna de las categorías del cliente o que se intercalen en el discurso del clínico dentro de un bloque aversivo sin alterarlo de ninguna forma. Esas verbalizaciones se anotarán en el apartado de comentarios, pero el bloque no se detendrá por ellas ni serán registradas. Así pues, no podemos encontrar nunca una verbalización del cliente dentro del bloque aversivo, aunque si junto a él (siempre que sea relevante de acuerdo con los criterios anteriormente detallados).

### **3- Tipos de bloques aversivos**

Asumiendo que el control verbal aversivo, en cualquiera que sea su forma, implica siempre en alguna medida tanto procesos de tipo pavloviano como procesos de tipo operante, hemos optado por distinguir entre dos clases de bloque aversivo en función del mecanismo principal en el que se basan:

**A) Bloque Aversivo Contingente:** basado principalmente en procesos de tipo operante, el *Bloque Aversivo Contingente* se caracteriza por que se dirige y sigue inmediatamente a una conducta antiterapéutica del cliente ocurrida dentro de sesión o a una descripción verbal hecha por cliente en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión (ver más adelante qué conductas del cliente se consideran antiterapéuticas). También se considerará como *Bloque Aversivo Contingente* a aquel que haga referencia a alguna conducta antiterapéutica emitida por el cliente durante esa misma sesión, aunque haya una demora de varios minutos entre dicha conducta y el inicio del bloque.

**B) Bloque Aversivo No Contingente:** basado principalmente en procesos de tipo pavloviano, el *Bloque Aversivo No Contingente* se inserta en el discurso del terapeuta y hace referencia a alguna conducta antiterapéutica del cliente ocurrida fuera de sesión, sin embargo, nunca se dirige ni sigue a ninguna conducta antiterapéutica del cliente ocurrida dentro de sesión ni a ninguna descripción verbal hecha por cliente en sesión de una conducta antiterapéutica ocurrida fuera de sesión.

Se usarán, en función del caso, las categorías “BAC” (Bloque Aversivo Contingente) o “BANC” (Bloque Aversivo No Contingente) para delimitar el bloque aversivo, marcando su inicio y su final. El bloque se iniciará inmediatamente antes de la primera verbalización relevante del terapeuta, con una horquilla de un máximo de segundo de antelación o retraso. Se registrará el final del bloque inmediatamente después de la última verbalización relevante, con la misma horquilla de máximo un segundo de antelación o retraso. Hay que tener presente que tanto por delante como por detrás del bloque aversivo puede haber verbalizaciones relevantes del cliente que deberemos registrar. En ocasiones estas verbalizaciones pueden producirse a menos de un segundo de distancia del bloque, por lo que es de suma importancia utilizar la función de avance lento de The Observer para marcar cada categoría en un punto temporal diferente y evitar solapamientos que pueden producir problemas a la hora de exportar las observaciones a otros programas de análisis de datos.

#### **4- Directrices de registro del bloque aversivo**

1- El bloque se iniciará con la verbalización de carácter aversivo del terapeuta o, en el caso de que exista, con la verbalización no aversiva del terapeuta que esté incluida en el sistema de categorías y sea inmediatamente anterior a la verbalización de carácter aversivo, siempre y cuando no haya entre ambas una verbalización relevante del cliente (i.e. que forme parte de las categorías del cliente y/o modifique el discurso del terapeuta). En este último caso, la verbalización del cliente deberá ser registrada antes de iniciar el bloque aversivo, fuera del mismo.

2- El terapeuta puede emitir varias verbalizaciones de carácter aversivo seguidas o separadas entre sí por otras verbalizaciones relevantes o irrelevantes. En esos casos, se registrarán todas las verbalizaciones de carácter aversivo dentro del mismo bloque, siempre y cuando 1) hagan referencia al mismo contenido y 2) no estén separadas por una verbalización relevante del cliente. En el primer caso, se abrirá un bloque nuevo en la verbalización de carácter aversivo que haga referencia al nuevo contenido (o, en caso de existir, en la verbalización relevante del terapeuta inmediatamente anterior que haga referencia al nuevo contenido). En el segundo caso, se cerrará el bloque para registrar la verbalización relevante

del cliente fuera del mismo y se abrirá un bloque nuevo en la siguiente verbalización de carácter aversivo del terapeuta (o, en caso de existir, en la verbalización relevante del terapeuta inmediatamente anterior a ella).

Cuando las verbalizaciones de carácter aversivo sobre un mismo contenido que se dan seguidas (o separadas por verbalizaciones irrelevantes) pertenezcan a la misma categoría, se registrarán todas juntas como una sola verbalización de la categoría aversiva que corresponda. Si las verbalizaciones de carácter aversivo sobre un mismo contenido que se dan seguidas (o separadas por verbalizaciones irrelevantes) pertenezcan a categorías diferentes, se registrarán como verbalizaciones separadas, cada una de la categoría aversiva que corresponda.

3- El bloque se cerrará cuando se de alguna o varias de las siguientes circunstancias:

3.1- El cliente emite una verbalización relevante sobre el mismo contenido del bloque, que deberá ser registrada fuera del mismo.

3.2- El cliente emite una verbalización relevante sobre un contenido diferente al del bloque. Dicha verbalización del cliente sólo se registrará si da origen a un nuevo bloque aversivo sobre el nuevo contenido y siempre fuera del mismo. De no ser así, no será registrada y simplemente se cerrará el bloque en curso.

3.3- El terapeuta emite una verbalización relevante sobre un contenido diferente al del bloque. Dicha verbalización dará lugar a un bloque nuevo siempre y cuando a) sea una verbalización perteneciente a una categoría aversiva o b) anteceda a una verbalización perteneciente a una categoría aversiva con la que comparta contenido.

3.4- El terapeuta y el cliente se implican en un diálogo que pierde el carácter aversivo, aun versando sobre el mismo contenido, o no añade nada relevante a la verbalización aversiva.

## DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS

<b>1. Categorías del terapeuta</b>
<b>Categorías aversivas</b>
<i>Verbalización aversiva</i>
<i>Asociación aversiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Emparejamiento aversivo</i></li> <li>- <i>Operación de abolición general</i></li> <li>- <i>Operación de abolición personalizada</i></li> </ul>
<b>Categorías no aversivas</b>
<i>Operación de establecimiento</i>
<i>Discriminativo instruccional</i>
<b>2. Categorías del cliente</b>
<i>Conducta antiterapéutica dentro de sesión</i>
<i>Conducta antiterapéutica fuera de sesión descrita en sesión</i>
<i>Mostrar acuerdo</i>

### Categorías del terapeuta

**A - Verbalización aversiva:** emisión del terapeuta que puede provocar malestar en el cliente, ya sea por su contenido, su forma, otras claves no vocales o la combinación de varios de estos aspectos.

- El terapeuta reprende al cliente.

Cliente: *Pues... es que no he hecho el autorregistro que me pediste.*

Terapeuta: *Pues muy mal.*

- El terapeuta muestra su desacuerdo con el cliente.

*Ejemplo:*

Cliente: *No creo que sea capaz de bajar al metro.*

Terapeuta: *Para nada, eres de sobra capaz de hacerlo.*

- El terapeuta interrumpe el discurso del cliente o le manda callar.

*Ejemplo:*

Cliente: Es que cada vez que pienso en que...

Terapeuta: *¡Shh! ¡Atiende! Atiende. Atiende un momento a lo que te voy a decir.*

- El terapeuta utiliza ciertos términos o figuras retóricas con un carácter aversivo (símbolos, metáforas, hipérboles...).

*Ejemplo:*

Cliente: *Es que sé que si empiezo a comer pasta y pan y esas cosas voy a engordar muchísimo enseguida.*

Terapeuta: *Si, claro, en dos días te vas a poner como una foca.*

- El terapeuta utiliza la ironía, el sarcasmo o el humor.

*Ejemplo:*

Cliente: *Es que por la noche hay más probabilidades de que se encuentre con alguna y que le enrede para irse con ella.*

Terapeuta: *¡Uy sí, las mujeres malvadas de la noche! ¡Que me lo corrompen!*

- El terapeuta utiliza una entonación o volumen de voz aversivos.

*Ejemplo:*

Cliente: *Pues... esta semana tampoco he hecho lo que me pediste.*

Terapeuta: *¡No puedes estar todas las semanas saltándote las tareas que acordamos para casa!*

**B- Asociaciones aversivas:** verbalizaciones del terapeuta en las que pone en relación descripciones de la conducta del cliente, u otros aspectos que dificulten la consecución de los objetivos de la terapia, con palabras o expresiones de carácter aversivo, supuestamente con el objetivo de condicionarlos o contracondicionarlos aversivamente.

Se distinguen dos tipos de asociaciones aversivas:

**B.1. - Emparejamiento aversivo:** verbalización del terapeuta en la que describe o refiere, ya sea de forma directa o indirecta, una conducta del cliente y la presenta asociada a un término o expresión de carácter aversivo. Por lo general, aunque no necesariamente, la conducta descrita suele tener un carácter apetitivo para el cliente.

- El terapeuta señala que la conducta llevada a cabo por el cliente es incorrecta o indeseable.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Que le espíes el móvil a tu pareja es intolerable.*

(Estímulo neutro/apetitivo)

(Estímulo aversivo)

- El terapeuta muestra desacuerdo con la conducta realizada.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Callándote ese tipo de cosas estás cometiendo un error.*

(Estímulo neutro/apetitivo)

(Estímulo aversivo)

Cliente: *Siento que soy un fraude, que de alguna manera he conseguido hacer creer a los demás que soy mejor de lo que soy.*

Terapeuta: *Eso que dices es una tontería, tienes pruebas más que de sobra de tus capacidades, empezando por tus resultados en el trabajo.*

- El terapeuta describe verbalmente la conducta del cliente y la asocia a un término o expresión de carácter aversivo.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Retomando lo que me has estado diciendo antes sobre que no vas a ser capaz de resolver este problema nunca: eso es absurdo.*

- El terapeuta describe la conducta del cliente asociada a ciertos términos o figuras retóricas con un carácter aversivo (símbolos, metáforas, hipérboles...).

*Ejemplo:*

Cliente: *Es que cuando sale con sus amigos no me lo dice, no me cuenta nada.*

Terapeuta: *Si es que, cada vez que llega a casa, tú le sometes a un tercer grado según entra por la puerta: “¿Dónde has estado? ¿Con quién has estado? ¿Qué habéis hecho? ¿Cómo es que llegas tan tarde?”*

- El terapeuta utiliza la ironía o el sarcasmo para describir la conducta del cliente.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Claramente no decirle que tiene que colaborar en las tareas de la casa es una estrategia buenísima para que empiece a hacerlo.*

- El terapeuta utiliza una entonación o volumen de voz aversivos asociados a la descripción verbal de la conducta indeseable llevada a cabo por el cliente.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *¡Lo que no puede ser es que cada vez que te hacen una crítica tú te lo tomes como un ataque personal!*

- También se considerarán emparejamientos aversivos aquellas verbalizaciones del terapeuta en las que hace referencia a aspectos que puedan suponer un obstáculo en la consecución de los objetivos terapéuticos, tanto generales como específicos, aunque no se trate de conductas que el cliente haya llevado a cabo efectivamente en sesión ni de descripciones verbales de conductas que el cliente haya llevado a cabo fuera de sesión. En estos casos se anotará en el apartado de “Comentarios” que se trata de un emparejamiento aversivo relacionado con los objetivos generales de la terapia, pero no asociado a ninguna conducta efectivamente llevada a cabo por el cliente.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Muy bien, antes de empezar sí quiero aclararte que la terapia no es como sale en las películas, que vienes aquí, me sueltas el rollo y ya estás curado. Eso es una patraña de Hollywood, aquí vamos a trabajar.*



**B.2 - Operación de abolición:** verbalización del terapeuta que incide en las consecuencias negativas de la conducta del cliente. Se distinguen dos clases de operación de abolición (OA):

**B.2.1 - OA personalizada:** verbalizaciones del terapeuta en las que se explicitan las consecuencias aversivas que tiene la puesta en práctica de la conducta indeseable, expresadas en términos particulares y/o haciendo referencia explícita al caso particular del cliente.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Si continúas intentado perder peso saltándote comidas, tu cuerpo se adaptará, tu metabolismo se hará más lento y te será cada vez más difícil adelgazar.*

**B.2.2 - OA general:** verbalizaciones del terapeuta en las que se explicitan las consecuencias aversivas que tiene la puesta en práctica de la conducta indeseable, expresadas en términos generales y sin hacer referencia explícita al caso particular del cliente.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Evitar esas situaciones es, precisamente, la raíz de las dificultades que vienen después en el día a día.*

Terapeuta: *Saltarse las tareas de una semana para otra impide alcanzar los objetivos marcados.*

**C- Operación de establecimiento:** verbalizaciones del terapeuta en las que a) se proporciona al cliente un conocimiento técnico, sobre su problema o el proceso de terapia, con el objetivo de favorecer la puesta en práctica de una conducta deseable o b) se explicitan las consecuencias apetitivas que tiene la puesta en práctica de la conducta deseable, expresadas en términos generales y/o particulares.

*Ejemplos:*

Terapeuta: *Cuanto más practiques la respiración, más fácil y más útil te resultará en situaciones de tensión.*

Terapeuta: *Es muy importante completar los auto registros todas las semanas.*

Terapeuta: *Aplicar la parada de pensamiento es muy eficaz para reducir el malestar.*

IMPORTANTE: Durante el registro de la conducta verbal del terapeuta, sólo se registrarán como parte del bloque aversivo las OEs que acompañen a las verbalizaciones con carácter aversivo del terapeuta, ya sean emparejamientos aversivos, operaciones de abolición o verbalizaciones aversivas. Más concretamente, se registrará la OE más cercana a la verbalización con carácter aversivo, tanto por delante como por detrás, y siempre que tenga relación con ella. Si se dan varias OEs seguidas se registrarán todas juntas, siempre y cuando guarden relación temática con la verbalización con carácter aversivo del terapeuta.

**D - Discriminativo instruccional:** verbalización del terapeuta en la que señala, recomienda o prescribe al cliente una conducta concreta, que puede implicar tanto hacer algo como dejar de hacer algo.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Esta semana tienes que comer con tus compañeros de trabajo al menos dos veces.*

Terapeuta: *Puedes proponerle un plan de fin de semana que sea agradable para los dos.*

Como en el caso de las OEs, sólo se registrarán como parte del bloque aversivo los discriminativos instruccionales (DI) que acompañen a las verbalizaciones con carácter aversivo del terapeuta, ya sean emparejamientos aversivos, operaciones de abolición o verbalizaciones aversivas. Más concretamente, se registrará el DI más cercano a la verbalización con carácter aversivo, tanto por delante como por detrás, y siempre que tenga relación con ella. Si se dan varios DIs seguidos se registrarán todos juntos, siempre y cuando guarden relación temática con la verbalización con carácter aversivo del terapeuta.

### **Categorías del cliente**

**A - Conducta antiterapéutica dentro de sesión:** aquellas conductas que el cliente lleva a cabo dentro del contexto espacio-temporal de las sesiones de terapia y que dificultan que el terapeuta lleve a cabo su actividad y/o van en contra de los objetivos marcados a partir del análisis funcional. Para evitar inferencias sobre el carácter antiterapéutico de la conducta del cliente en las sesiones previas a la explicación del análisis funcional, cuando aún no se han establecido los objetivos terapéuticos, en dichas sesiones sólo se registrarán como conducta antiterapéutica dentro de sesión aquellas conductas del cliente que sean directamente sometidas a control aversivo por parte del terapeuta y/o que le impidan llevar a cabo su actividad (por ejemplo, interrumpirle o no dejarle hablar).

Se considerarán conductas antiterapéuticas del cliente:

- Aquellas verbalizaciones del cliente que expresen contenidos desadaptativos contrarios a los objetivos de la terapia, tanto los generales relacionados con la actividad terapéutica, como los específicos establecidos a partir del análisis funcional del caso.

- Interpretaciones distorsionadas de la realidad, ya sean referidas a sí mismo, a los otros o a la situación.

*Ejemplo:*

Cliente: *Es que si empiezo a comer esas cosas voy a perder el control y me voy a poner como una foca.*

- Anticipación negativa, ya sea de su propia conducta en una situación futura o de una situación futura en sí misma.

*Ejemplo:*

Cliente: *Sé que cuando llegue a la reunión voy a ser incapaz de decir nada.*

- Falta de confianza en la terapia, ya bien sea referida al terapeuta como profesional, a sí mismo como cliente o al proceso terapéutico en sí mismo.

*Ejemplo:*

Cliente: *Eso es algo que no voy a conseguir ni con cien años de terapia.*

- Aquellas emisiones del cliente que obstaculicen o dificulten la actividad del terapeuta por el modo o el momento en el que se producen y con independencia de cuál sea su contenido concreto.

- No responder a lo que le está preguntando el terapeuta o no hacerlo adecuadamente.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *¿Qué crees que podrías haber hecho para evitar esa discusión?*

Cliente: *Juan tenía que haber recogido la mesa y punto.*

- No dejar hablar al terapeuta o interrumpir al terapeuta mientras está hablando.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Es importante que...*

Cliente: [Interrumpiendo] *Pero es que en ese momento no lo pienso y, claro, me dejo llevar y exploto.*

- Desviarse del tema de discusión, irse por las ramas.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *La semana pasada quedamos en que los días que fueras al gimnasio no entrenarías más de media hora.*

Cliente: *En nada empiezo los exámenes, que me vienen muy seguidos, y tengo que entregar un trabajo para la semana que viene.*

- Discutir o rechazar lo que le dice el terapeuta, oponer resistencia a sus argumentos, contradecirle.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Seguramente, si empiezas a cambiar ciertas actitudes y comentarios, notes también un cambio positivo por su parte.*

Cliente: *No, qué va, no. Soy el jefe y eso sería mostrarme débil. Acabarían subidos a mi chepa y sin hacer nada.*

- Engancharse en un tema, continuar hablando de algo a pesar de los intentos del terapeuta por zanjar el tema y/o pasar a otro asunto

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Bueno, dejemos el asunto del cumpleaños para más adelante, que aún queda mucho. Ahora cuéntame, ¿qué tal con los exámenes? ¿Consigues controlar la ansiedad?*

Cliente: *Pero es que si lo celebra organizando una comida o merendando o algo, me voy a agobiar. Y quiero ir, pero sé que me voy a agobiar.*

- Aquellas acciones no vocales llevadas a cabo por el cliente durante las sesiones que obstaculicen o dificulten la actividad del terapeuta.

- No seguir las instrucciones emitidas por terapeuta o hacerlo de la forma incorrecta.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Ahora levanta las piernas, tensa la zona del muslo y céntrate en las sensaciones asociadas a esa tensión.*

Cliente: [No levanta las piernas]

- Llevar a cabo conductas inadecuadas, disruptivas o contrarias a los objetivos de la terapia dentro de sesión.

*Ejemplo:*

Cliente: [Se levanta de la silla y hace ademán de marcharse durante una sesión de exposición]

Terapeuta: *No, no, no. No te vayas. Recuerda lo que dijimos. No puedes escapar, tienes que aguantar aquí hasta que te baje la ansiedad o si no, no funciona.*

**B - Conducta antiterapéutica fuera de sesión descrita en sesión:** descripción verbal emitida por el cliente de aquellas conductas que lleva a cabo fuera del contexto espacio-temporal de las sesiones de terapia y que suponen un obstáculo para la consecución de los objetivos terapéuticos establecidos a partir de análisis funcional y/o impiden que el terapeuta lleva a cabo su actividad. Al igual que con la categoría anterior, para evitar inferencias sobre el carácter antiterapéutico de la conducta del cliente en las sesiones previas a la explicación del análisis funcional, en dichas sesiones sólo se registrarán como *conducta antiterapéutica fuera de sesión descrita en sesión* aquellas conductas del cliente que sean directamente sometidas a control aversivo por parte del terapeuta. Cabe mencionar que, si bien por definición las conductas descritas por el cliente en este tipo de verbalizaciones son conductas contrarias a los objetivos de la terapia, la propia conducta de verbalizar dichas descripciones en sesión puede considerarse pro-terapéutica. Cuando el cliente habla en sesión de las conductas problema que lleva a cabo fuera de ella, proporciona al terapeuta una información que es necesaria para la buena marcha de la terapia.

Se considerarán descripciones de conductas antiterapéuticas del cliente:

- Descripción del no cumplimiento de una tarea asignada.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *La semana pasada quedamos en que los domingos no harías nada del trabajo y pasarías el día con Elena y los niños, ¿no? Bueno, ¿qué tal fue?*

Cliente: *Es que verás, justo me llamó un compañero de la oficina para una cosa del proyecto y estuve toda la mañana liado con ello, así que Elena se fue con los niños a casa de sus padres en la sierra y yo me quedé en Madrid.*

- Descripción de la realización parcial o incorrecta de una tarea asignada.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *¿Practicaste la respiración esta semana?*

Cliente: *La practiqué, pero no lo hice todos los días.*

- Descripción de la incapacidad para llevar a cabo una tarea asignada.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *¿Cómo te ha ido con la relajación?*

Cliente: *Intento practicarla, pero no me da tiempo a relajarme del todo o directamente no lo consigo.*

- Descripción de una conducta inadecuada o contraria a los objetivos de la terapia.

*Ejemplo:*

Cliente: *El sábado salí con gente, estuvimos bebiendo y no sé ni cómo llegué a casa.*

Terapeuta: *Pues hombre, tampoco es eso, ¿eh?*

**C – Mostrar acuerdo:** verbalización del cliente en la que expresa su conformidad con lo expuesto por el terapeuta en el bloque aversivo. Por ejemplo:

- Mostrar aceptación.

*Ejemplo:*

Cliente: *Vale.*

Cliente: *Si, estoy de acuerdo.*

- Dar la razón al terapeuta.

*Ejemplo:*

Cliente: *Es que es como dices.*

Cliente: *Sí, tienes razón.*

- Dar muestras de que ha comprendido.

*Ejemplo:*

Cliente: *Ahora me queda claro, sí.*

Cliente: *Vale, lo entiendo.*

- Parafrasear al terapeuta.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *Evitar ese tipo de situaciones es lo que está arruinando tus posibilidades de avanzar en el trabajo.*

Cliente: *Ya... no enfrentarme a eso es lo que me ha impedido ascender.*

- Anticipación del seguimiento de las instrucciones del terapeuta, en el caso de que las haya.

*Ejemplo:*

Terapeuta: *La gente no va a empezar a llamarte para quedar mágicamente, no puedes esperar a que salga de ellos. La semana que viene vas a llamar a alguien y proponerle un plan para el fin de semana, ¿vale?*

Cliente: *Vale, llamaré a una antigua compañera de la universidad con la que sigo hablando y que hace poco fue su cumpleaños.*

- Las emisiones o gestos de simple aquiescencia o asentimiento no serán tenidas en cuenta para esta categoría.

*Ejemplo:*

Cliente: *Ajam.* (No se registraría como mostrar acuerdo).

Cliente: *Si...* (No se registraría como mostrar acuerdo).

Cliente: *Ya....* (No se registraría como mostrar acuerdo)



**ANEXO B**  
**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Grabación de sesiones clínicas**

Usted tiene derecho a ser informado de cualquier grabación que se realice de las sesiones clínicas en las que participe. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se realizarían de estas sesiones. Léalo atentamente y consulte con el psicólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones y, en caso de que no dé su consentimiento, estas grabaciones nunca serán tomadas. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno en el tratamiento psicológico.

#### **1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA**

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid se está llevando a cabo un proyecto de investigación para el análisis de las variables asociadas al cambio de conducta en terapia. El objetivo último de esta investigación es la identificación de los factores relacionados con el cambio en la clínica en un intento por comprender mejor el fenómeno terapéutico. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del psicólogo, con el fin de estudiar la interacción entre el psicólogo y la persona que recibe tratamiento psicológico pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe tratamiento psicológico.

Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la clínica, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de terapeutas y clientes que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

#### **2. PROCEDIMIENTO DE GRABACIÓN**

La grabación se realizará, en caso de obtener su consentimiento, a través de un circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro. Durante la grabación de las sesiones clínicas únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del psicólogo podrán ser escuchadas.



### 3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre las grabaciones en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información. Así mismo, los datos identificativos de la persona que reciba tratamiento serán desligados de las grabaciones, asignándoseles un código alfanumérico para su identificación y almacenamiento, código que será debidamente custodiado y conocido únicamente por los investigadores del proyecto.

Al realizar el análisis de datos, en ningún caso se harán públicos los datos relativos a la identidad ni otros datos personales de la persona que recibe tratamiento psicológico, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

### 4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente se dejarán de grabar las sesiones y/o se destruirán todos los vídeos existentes y/o registros derivados de la observación de los mismos. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

### 5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña..... he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la psicólogo/a Don/Dña....., he comprendido las explicaciones que éste/a me ha facilitado acerca de la investigación que se está llevando a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid y el/la psicólogo/a me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones clínicas que ahora comienzo y que sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Madrid, a..... de..... de 200...

Firmado:

Don/Dña. \_\_\_\_\_  
(El/la cliente)



Yo, Don/Dña....., declaro que he discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el /la arriba firmante.

Firma del psicólogo/a:

Don/Dña. \_\_\_\_\_